Rok XXXVIII. Kraków, 23 Września 1899. Nr. 38.

Redakcya:
Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya:
Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 130 Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 23 Września 1899. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*).

Referat wstępny wygłoszony na IX. Zjeździe chirurgów polskich

przez

Prof. Ludwika Rydygiera.

Szanowni Panowie! Rozprawę o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego wybrałem dlatego na nasz Zjazd tegoroczny, ponieważ sprawa ta w ostatnich latach żywo zajmowała wszystkie towarzystwa lekarskie, jak n. p. Towarzystwo chirurgów francuskich, gdzie na licznych posiedzeniach od grudnia przeszłego roku aż do maja roku bieżącego kwestyę tę roztrząsano. My mamy, według mego zdania, jeszcze więcej przyczyn do zajęcia się tem pytaniem niż inni, gdyż, o ile ja przynajmniej znam nasze stosunki lekarskie, u nas liczne szczegóły tego zagadnienia mniej są znane i mniej się przyjęły zasady nowoczesnego leczenia tej dość często występującej choroby. Sądziłem, że właśnie takie sprawy należy umieszczać na porządku obrad naszych Zjazdów, gdzie wymiana zdań w żywej dyskusyi może się przyczynić do usunięcia wątpliwości i szybszego przyjęcia oraz rozszerzenia słusznych zapatrywań. Ponieważ sprawa ta w równej mierze zajmuje lekarzy chorób wewnętrznych i dziecięcych, jak i chirurgów, zaprosiliśmy wszystkich do wzięcia udziału w naszych naradach, chcąc tym sposobem nadać im szerszy zakres i gruntowniej sprawę zbadać.

Przystępuję od razu do pytania, kiedy należy operować w zapaleniu wyrostka robaczkowego?

Już takie postawienie sprawy przekonywa Panów, że nie należę do zwolenników Dieulafoya, który chce, żeby w każdym przypadku tej choroby operować, a pewny jak najlepszych wyników takiego postępowania, twierdzi dalej zupełnie poważnie, że żaden chory na zapalenie wyrostka robaczkowego nie powinien umrzeć; jeżeli zaś umrze w leczeniu przez lekarza dość wcześnie przywołanego, to tej śmierci winien jest lekarz. Ani jedno, ani drugie zdanie sławnego paryskiego internisty, co z naciskiem podnoszę, nie zyskało szerszego uznania.

Chcąc należycie odpowiedzieć na postawione pytanie „kiedy należy operować w zapaleniu wyrostka robaczkowego?“, trzeba dokładnie znać postacie tego cierpienia, a raczej, często tak bardzo zmienny przebieg. Mówię wobec kolegów obeznanych z przedmiotem, więc nie zapuszczę się w tę stronę, boby to nam zawiele czasu zabrało; tem więcej, że autorowie, piszący o tym przedmiocie, wcale nie są zgodni.

Powiem tylko tyle, że mnie nie zadawalnia podział Sonnenburga, gdyż podane przez niego liczne postacie nie dają się za życia rozpoznać, nie można więc na nich oprzeć postępowania leczniczego. Kto bowiem zdoła w przeważnej liczbie przypadków odróżnić klinicznie jego *appendicitis simplex* z ropieniem naokoło nieprzedziurawionego wyrostka robaczkowego (I. rozdział, 2 postać) od *appendicitis perforativa* z ropieniem (II. rozdział, 1 postać), czyli innemi słowy: kto za życia chorego zdoła rozpoznać, czy otoczony mniejszym lub większym ropniem wyrostek robaczkowy jest przedziurawiony lub nie? Tak samo nie zdołamy zwykle klinicznie rozpoznać, czy mamy do czynienia z *appendicitis perforativa* z ogólnem posokowatem zapaleniem otrzewnej (II. rozdział, 4. postać), czy z *appendicitis gangraenosa* z ogólnem posokowatem zapaleniem otrzewnej (III. rozdział, 2. postać). Jeszcze trudniej odróżnić *appendicitis gangraenosa* z ogólnem zapaleniem otrzewnej bez przedziurawienia wyrostka robaczkowego (III. rozdział, 1. postać) od *appendicitis gangraenosa* z ogólnem zapaleniem otrzewnej i przedziurawieniem wyrostka robaczkowego (III. rozdział, 2. postać). Po cóż więc taki szczegółowy podział robić, jeżeli za życia chorego różnych tych postaci rozpoznać nie możemy?

Rozumie się, że wszystkie te zmiany należycie uwzględnić i opisać należy przy anatomii patologicznej, ale za podstawę podziału klinicznego służyć one nie mogą.

Ze względu na rokowanie i postępowanie lecznicze najważniejszem jest według mego zdania rozstrzygnięcie, czy zapaleniu wyrostka robaczkowego towarzyszy zapalenie otrzewnej lub nie, i czy to zapalenie otrzewnej jest ograniczone, czy też rozlane (ogólne).

Dlatego przyjąłem następujący podział:

1. Zapalenie wyrostka robaczkowego nieżytowe bez towarzyszącego zapalenia otrzewnej: *a)* z przekrwieniem, *b)* z owrzodzeniem błony śluzowej.

2. Zapalenie wyrostka robaczkowego, połączone z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i tkanek sąsiednich, z mniejszym lub większym naciekiem lub wysiękiem zapalnym (plastron).

3. Zapalenie wyrostka robaczkowego, połączone z ogólnem zapaleniem otrzewnej: *a)* ropnem, włóknisto-ropnem, *b)* posokowatem.

Ułatwię sobie zadanie, jeżeli rozpocznę od tych postaci zapalenia wyrostka robaczkowego, w których już nastąpiło porozumienie co do sposobu leczenia, pomiędzy internistami a chirurgami.

Zgadzamy się wszyscy na to, że w zapaleniu wyrostka robaczkowego, połączonem z ogólnem posokowatem zapaleniem otrzewnej, należy jak najwcześniej przystąpić do operacyi, jeżeli jest choć słaba nadzieja, że chory może operacyę przetrzymać. Niestety, najczęściej chorzy ci i po operacyi w bardzo krótkim czasie umierają na zatrucie posocznicze. Powoli zaczęło się więc wyrabiać przekonanie u chirurgów,

że chorych tych nie należy operować, chyba w pierwszych godzinach po wystąpieniu posokowatego zapalenia, gdyż zabiegi późniejsze nigdy nie są w stanie uratować chorego od śmierci, a przeciwnie, zgon jego przyspieszyć mogą przez wstrząs *(shock)* operacyjny, zaliczając najniesłuszniej wynik ten ujemny na karb chirurgii. Zdziwienie było wielkie, kiedy w kilku takich zupełnie beznadziejnych i opuszczonych przypadkach wyjątkowo nastąpiło wyleczenie: to tylko umocowało w nas przekonanie, że w tych przypadkach nie należy operować w późniejszych okresach.

Również panuje zgoda, że przeciwnie, w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, połączonych z ogólnem zapaleniem ropnem lub włóknikowo-ropnem otrzewnej, należy operować. Tutaj nawet widoki uratowania chorego są daleko lepsze, chociaż postępowanie operacyjne wymaga wielkiej oględności, wprawy i doświadczenia, mianowicie w tych przypadkach, gdzie potworzyły się w dalszym przebiegu ogólnego zapalenia ropnego otrzewnej osobne ogniska ropne, otorbione pomiędzy jelitami pozlepianemi. Potrzeba nieraz kilka nacięć na rozmaitych miejscach.

Zasadniczo nie różnimy się także, jak postępować w najlżejszych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego, w tak zwanem zapaleniu nieżytowem. Zgadzamy się wszyscy, że postacie te mogą się wyleczyć bez operacyi.

I byłaby zupełna zgoda, gdyby nie zachodziły nieraz okoliczności, które tę harmonię psują i wywołują pewne wątpliwości.

Wiemy z doświadczenia, że zdarzają się przypadki, w których, po rozpoczęciu nieróżniącem się od zwykłego przebiegu, ani nasileniem co do ciepłoty, ani bólami, ani innymi objawami, nagle 2-go, 3-go lub 4-go dnia występuje przedziurawienie wyrostka robaczkowego w czasie, kiedy się jeszcze nie wytworzyło odczynowe odgraniczające zapalenie naokoło niego (plastron) i zakażająca jego treść nagle się wylewa do jamy otrzewnowej, wywołując ogólne zapalenie otrzewnej, zwykle posokowate. Możemy sobie wyobrazić, w jakiem położeniu wtenczas znajduje się wobec rodziny lekarz, który od początku czuwał nad chorym i zaręczał, że operacyi nie potrzeba, że żadne znaczniejsze niebezpieczeństwo nie grozi choremu. Co gorsza, wobec siebie samych musimy czuć pewne niezadowolenie, że nie posiadamy żadnych środków rozpoznawczych, któreby nam dozwalały choćby tylko przypuścić podobne niebezpieczeństwo w danym przypadku, bo przecież przyznać musimy, że każdy z tych przypadków dałby się na pewno uratować, gdybyśmy, przeczuwając podobne zejście, wczas wykonali operacyę. Niestety, przyznać musimy, a przyznają to też z nami najsławniejsi interniści, jak np. N o t h n a g e l w swojem wielkiem dziele, że bardzo często niema absolutnie żadnych znaków rozpoznawczych i wskazujących na grożące niebezpieczeństwo. I to jest broń, którą walczą zwolennicy operacyjnego leczenia k a ż d e g o przypadku: ponieważ nigdy na pewno wiedzieć nie możemy, jak się i najlżejszy w początkach przypadek zakończy, a zakończyć się może śmiertelnie, więc należy w k a ż d y m przypadku wykonać operacyę, która wcale nie grozi żadnem niebezpieczeństwem!

I mieliby zupełną słuszność, gdyby nieszczęśliwe te przypadki częściej się zdarzały i gdyby operacyę wycięcia wyrostka robaczkowego, bo o nią tylko w tych przypadkach może chodzić, każdy lekarz był w stanie bez wszelkiego niebezpieczeństwa dla chorego wykonać. Nie możemy też jeszcze zapomnieć o pobocznym wprawdzie już tylko względzie, ale ostatecznie zawsze rozstrzygającym: gdyby każdy chory zechciał się poddać operacyi, bo zawsze jest to przykre położenie dla lekarza, jeżeli zaleca operacyę jako potrzebną, a chory potem i bez niej wyzdrowieje — i to znaczniejsza liczba chorych. Nawet wykształconym ludziom trudno tę sprawę tak przedstawić, żeby potem nie mieli jakiegoś żalu do swego lekarza, a cóż dopiero mówić o mniej oświeconych. Zwolennicy operacyi w k a ż d y m przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego przywodzą jeszcze jedną bardzo ważną okoliczność na poparcie swego zapatrywania: Wskazują oni mianowicie na to, że tak anatomia patologiczna, jak i doświadczenie przy operacyach i spostrzeganie kliniczne z pewnością dowodzą, że niema zupełnego wyleczenia, ale to takiego bez w s z e l k i c h śladów, nawet po lekkich zapaleniach nieżytowych wyrostka robaczkowego, połączonych choćby tylko z nadżerkami nieżytowemi, a więc w przypadkach najłagodniejszych, które jeszcze w ogóle dają tylko obraz kliniczny zapalenia wyrostka robaczkowego. Zostają po nich zwężenia, skręcenia, zagięcia wyrostka, które stanowią przyczynę późniejszych nawrotów przy lada sposobności: w ich oczach taki wyleczony nigdy nie jest prawdziwie zdrowym i pewnym swego życia. C. B e c k z New-Yorku wyraża się dowcipnie: „Man braucht aber durchans nicht ultraradical angelegt zu sein, um einzusehen, dass ein Wurmfortsatz, welcher nur ein einziges Mal entzündet war, viel besser im Praeparatenspiritus aufgehoben ist, als in dem nicht beneidenswerthen Koerper seines Besitzers“.

I znowu jest tu racya do pewnego stopnia po tych stronie, którzy tak twierdzą. Ale są przecież przypadki znane, że po w y r a ź n y m napadzie zapal. wyrostka robaczk. nigdy później nie wystąpiły żadne objawy tego cierpienia i zwolennicy nieoperacyjnego leczenia tymi zawsze wojować będą i prawie zawsze zwyciężą u chorych i ich rodziny. Do tego przedmiotu wrócę jeszcze raz, gdy będę mówił o operacyach pomiędzy napadami *(à froid)*; tutaj tylko zaznaczam, że i ja zaliczam się do tych, którzy w l e k k i c h przypadkach zapalenia wyrostka robaczk., w nieżytowem zapaleniu, p r z e b i e g a j ą c y c h b e z g r o ź n i e j s z y c h o b j a w ó w, nie zalecają operacyi natychmiastowej; a dodam zaraz, że wolę ją wykonać po napadzie, *à froid*. Przyznaję, że oznaczenie, który przypadek jest „lekki“ „bez groźniejszych objawów“, nie jest łatwe i do jasnego określenia nie nadaje się; ale w medycynie nie mamy przecież w ogóle do czynienia z pewnikami matematycznymi, a rozstrzyga tu przedewszystkiem osobiste doświadczenie i dokładne spostrzeganie każdego przypadku z osobna, innemi słowy — tyle razy podnoszone i wysławiane „indywidualizowanie“.

Wybór jest najtrudniejszy w tych przypadkach, gdzie mamy zapalenie wyrostka robaczk. połączone z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i naciekiem tkanek sąsiednich (plastron).

Kiedy tu operować? R o u x ułatwia sobie rzecz nadzwyczajnie i powiada, że jeżeli istnienie ropnia jest niewątpliwe, wtenczas mamy pewne wskazanie do operacyi. Powiedzieć choremu „masz Pan ropień w brzuchu“, to on się sam zapyta lekarza „to czemuż Pan nie stara się go otworzyć“, zawstydzając w ten sposób niezdecydowanego lekarza. Szkoda tylko, że rozpoznanie mniejszych ilości ropy sprawia nieraz

wielkie trudności. Mimochodem wspominam, że zgadzam się zupełnie z Rouxem *contra Koerte*, że nakłócia, jako środka rozpoznawczego obecności ropy, nie należy używać. Roux ma racyę mówiąc: „la ponction exploratrice est quelquefois dangereuse, très souvent sans résultat, toujours inutile“.

Roux twierdzi, że niema żadnej trudności w rozpoznaniu, czy ropa znajduje się naokoło wyrostka robaczkowego, czy nie. Według niego następujące są pewne środki rozpoznawcze:

1. Ropa znajduje się w guzie, jeżeli ponad guzem mamy odgłos jawny *(sonore)*, jeżeli kątnica *(coecum)* jest próżna, a ściany jej są bardzo naciekłe, jakby kartonowe. Jeżeli w czasie badania niema tej jawności odgłosu, trzeba czekać z rozstrzygnięciem, aż nastąpi wypróżnienie!

Czekać na wypróżnienie, podając przy tem makowiec, (tak przynajmniej chce większość), to moglibyśmy czasem bardzo długo czekać!

2. Ropa znajduje się w guzie, jeżeli ten jest odłączony od kątnicy *(coecum)*, a mimo to ściany jej i okrężnicy wstępującej *(colonis ascendentis)* są naciekłe.

3. Ropa znajduje się w guzie, chociaż ściany kątnicy są mniej naciekłe, jeżeli guz, jeszcze bardziej oddalony od kątnicy *(coecum)*, dochodzi wielkości gęsiego jaja.

Przedewszystkiem kładzie Roux nacisk na naciek zapalny ścian kątnicy, bo w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z ropniem, naciek ten musi być z natury rzeczy daleko silniejszy, niż w tych gdzie ropy niema. Ale mimo wszelkiego szacunku dla Rouxa i mimo jego twierdzenia, że nigdy się nie omylił i gdzie rozpoznawał ropień, zawsze ropę znajdował — przecież śmiem twierdzić, że wymacanie mniej lub więcej naciekłych ścian kątnicy, otoczonej naciekłą tkanką, jest rzeczą nie dla każdego i nie zawsze możliwą i dlatego nie dziwię się, że na objaw ten, przez Rouxa tak podnoszony, nikt prawie nie zwraca uwagi. Niczego też nie dowodzi jego twierdzenie, że w każdym przypadku znalazł ropę tam, gdzie ropień rozpoznawał. Wiemy z doświadczenia przy wczesnych, nawet bardzo wczesnych operacyach (Sonnenburg), że prawie w każdym przypadku z naciekiem, nieraz już po kilkunastu godzinach, znajduje się choć kilka kropli ropy.

Mimo to dowiedzioną jest rzeczą, mianowicie przez spostrzeżenia internistów, że i w tych przypadkach wyleczenie bez operacyi nastąpić może. Śmiem tylko twierdzić, że wyleczenie to nie będzie nigdy, albo prawie nigdy, zupełną *restitutio ad integrum*, bo jeżeli po nieżytowych postaciach zwykle następuje zwężenie, skręcenie, ostre zagięcie wyrostka robaczkowego, t. j. zmiany usposabiające do nawrotów, tak że słusznie mógł Beck powiedzieć: „lepiej takiemu robaczkowi w spirytusie niż w jamie brzusznej“, to tem bardziej dla chorego będzie pożądanem pozbyć się swego wyrostka robaczkowego, jeżeli zapalenie nietylko zajęło i przeszło przez jego ściany, ale rozszerzyło się na otoczenie: tam muszą pozostać pewne zmiany usposobiające do nawrotów; nadzwyczaj wyjątkowych przypadków nie można brać w rachubę.

Nie można też brać w rachubę takiego rozumowania: „Są ludzie, którzy mieli po kilka i kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt razy zapalenie wyrostka robaczkowego i zawsze wyzdrowieli“. Znam sam nawet dwóch profesorów, którzy takie przypadki przedstawiają: jeden z nich po ostatnim napadzie jest długi czas zupełnie zdrów, drugi zaś powiada, że jeżeli tyle razy przebył szczęśliwie napady, to jeszcze kilka razy je przebędzie. Niczego te przypadki nie dowodzą, bo znam także profesora chirurgii, który ropnia w migdałkach nie pozwolił sobie przeciąć i coś dwa tygodnie go pielęgnował, aż sam pękł, a przecież chyba nikt, ani on sam nie powie, że tak należy postępować. A było to jeszcze mniej niebezpieczne postępowanie, niż czekanie przy ropniu około wyrostka robaczkowego; bo ropień migdałka może tylko pęknąć na zewnątrz, nigdy z tego niebezpieczeństwa dla chorego nie będzie; ropień około wyrostka robaczkowego może wprawdzie pęknąć do jelit lub pęcherza, lub na zewnątrz, i wyjątkowo w ten sposób nawet zupełnie się wygoić, zwykle jednak pozostaną i wtenczas takie stosunki: przetoki kałowe, nawroty i t. d., że zmuszą mimo wszelkiego oporu do noża. — Ale co najgorsza, ropień taki może też pęknąć do jamy otrzewnowej, do żyły biodrowej i niechybnie wywołać śmierć. Tak więc nie może być wątpliwości ani dyskusyi, czy ropień około wyrostka robaczkowego mniejszy, lub większy — należy operować lub nie: należy go stanowczo operować.

Zachodzi tylko pytanie, czy go zaraz operować, t. j. wykonać operacyę w samym napadzie t. zw. *opération d'urgence*, czy czekać aż napad minie, t. j. operować pomiędzy napadami — *à froid*.

Jalaguier zaleca operacyę *d'urgence;* twierdzi bowiem, że lepiej operować zawcześnie niż zapóźno. To samo radzi Stümpell, a Roux nawet twierdzi, że operacya *à froid* jest niebezpieczniejsza i trudniejsza; — na co się wcale nie zgadzam.

Są przypadki łagodne, gdzie można napad przeczekać, ale pilnie trzeba je nadzorować.

Zanim podam własne wnioski, przytoczę tu te, które Poirier postawił w Towarzystwie chirurgów francuskich po dyskusyi, która ciągnęła się, jak już podnosiłem, przez kilka posiedzeń tego Towarzystwa w tym roku.

Czytamy w *Revue de chirurgie* (Nr. 6. 1899, pag. 820): „M. Poirier, streszczając rozprawy, stwierdza, że znaczna większość członków Towarzystwa chirurgicznego uznaje, że 1) nie istnieje leczenie wewnętrzne (niechirurgiczne) zapalenia wyrostka robaczkowego; że 2) zapalenie ostre, jak tylko rozpoznanie zostanie ustalone, powinno być operowane bezzwłocznie, z konieczności, jak się to czyni z przepukliną uwięzłą; że 3) jeżeli niektórzy chirurdzy wyczekują z operacyą do chwili przeminięcia objawów sprawy ostrej, to liczniejsi są ci, którzy sądzą, że roztropniej jest nie zwlekać, gdyż mniejszem jest niebezpieczeństwo wynikające z zabiegu operacyjnego niż z wyczekiwania; że 4) w razie rozszerzenia się zapalenia na całą otrzewnę należy operować bezzwłocznie z konieczności, bez względu na znikome widoki uratowania chorego; że 5) niebezpieczną jest rzeczą w zapaleniu wyrostka robaczkowego, chociażby to zapalenie miało pozory dobrotliwe, odkładać termin operacyi do chwili przeminięcia okresu ostrego (operować *à froid*); że 6) rozpoznanie zapal. wyrostka robaczk. w początku często nie jest łatwe; że 7) rękoczyn operacyjny winien być zastosowany do przypadku; że 8) należy w zasadzie szukać wyrostka we wszystkich przypadkach, z zastrzeżeniem, ażeby to poszukiwanie nie pociągało za sobą znacznego spustoszenia trzew“.

Ja nie zupełnie tak daleko się posuwam w stronę operacyi i stawiam następujące wnioski:

I. Zapalenie wyrostka robaczk. jest chorobą chirurgiczną, należy więc do chirurgów od samego początku, a przynajmniej trzeba chirurga od samego początku do narady wezwać, a nie dopiero do wykonania operacyi, bo chirurg, jako lepiej się na tem znający, lepiej będzie umiał w czas wskazanie postawić.

II. Jak żadnej choroby, tak i zapalenia wyrostka rob. nie można szablonowo leczyć, lecz należy pilnie obserwować i indywidualizować każdy przypadek.

III. Zapalenie wyrostka robaczk. z ogólnem zapaleniem otrzewnej należy operować z konieczności, jeżeli tylko ogólny stan na to pozwala; jest to jednak przykre położenie chirurga, nóż na gardle.

IV. Zapalenie wyrostka robaczk. nieżytowe z lekkim przebiegiem, można leczyć środkami wewnętrznymi, ale trzeba być zawsze przygotowanym w razie pogorszenia się do wykonania operacyi.

V. W zapaleniu wyrostka robaczkowego z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i tkanki otaczającej (plastron), należy rozróżniać 2 postacie:

a) w przypadkach z jawnym ropniem należy bez wątpienia operować natychmiast;

b) w przypadkach z wątpliwym ropniem należy, nawet przy łagodnym przebiegu, przedstawić rzecz otwarcie i zalecić operacyę jako postępowanie pewniejsze, nie tając jednak, że i bez operacyi można się wyleczyć; rozstrzygnięcie pozostawia się choremu lub jego otoczeniu.

VI. Operacyę pomiędzy napadami (*à froid*) należy wykonywać:

a) po napadach nieżytowych, jeżeli się powtarzały choćby 2 razy;

b) po lekkich napadach zapalenia wyrostka robaczk. z ograniczonem zapaleniem otrzewnej i naciekiem plastycznym części sąsiednich;

c) jeżeli chirurg nie był zawezwany w czasie zapadu, a przeciwnie dopiero po napadzie ciężkim.

VII. Lepiej powiedzieć sobie raz „możeby chory był wyzdrowiał i bez operacyi“, niż mieć na sumieniu przekonanie „gdyby się było wcześniej operowało, choryby był wyzdrowiał, jak to zupełnie słusznie Struempell wyraża słowami „Lieber zu früh, als zu spät, a Jalaguier „En cas de doute, il ne faut jamais s'abstenir. Mieux vaut une intervention peut-être prématurée qu'une temporisation trop prolongée“.

Na zakończenie powiem jeszcze kilka słów o technice operacyjnej.

Rozumie się, że nie w każdym przypadku można jednakowo postępować; przeciwnie, sposób operowania zależy od postaci zapalenia i rozmaitych powikłań.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego, połączonem z ogólnem zapaleniem otrzewnej, otwieramy zwykle jamę brzuszną w smudze białej; ztąd ją najłatwiej we wszystkich jej kątach i zaułkach oczyścić. Jeżeli ogólne zapalenie podzieliło się na osobne jamy, jak to nieraz bywa w zapaleniu włóknisto-ropnem, natenczas trzeba nieraz kilka nacięć zrobić i każdą jamę z osobna otworzyć tam, gdzie najbliżej przylega do ścian brzusznych.

W zapaleniu wyrostka robaczkowego, połączonem z ograniczonem zapaleniem otrzewnej, gdzie się wytworzył t. zw. plastron, używa się najczęściej cięcia, jak do podwiązania tętnicy biodrowej (*art. iliaca*), przedłużając je według potrzeby ku dołowi lub ku górze, stosownie do kierunku, w jakim się naciek znaczniej rozszerzył.

Ja w tych przypadkach używam wyłącznie cięcia, które mi już od kilku lat oddaje wyborne usługi przy operacyach na kątnicy (*coecum*) i kiszce esowatej, dając zupełnie swobodny dostęp do miejsca operacyjnego i zapewniając ewentualnie odpływ wydzieliny w najniższem miejscu rany. Cięcie to jest łukowato wygięte, okrążające przedni kolec biodrowy górny. Dolne ramię odpowiada zwykłemu cięciu do podwiązania tętnicy biodrowej, nie sięga tylko zwykle tak daleko na dół. Górne ramię idzie na palec lub dwa palce powyżej i równolegle do grzebienia kości biodrowej tak daleko w tył, jak tego potrzeba do tego, żeby dolny kąt rany znajdował się na najniższem miejscu rany czy jamy koło kątnicy i wyrostka robaczkowego. Jestem pewny, że cięcia tego, ten lub ów kolega już używał, bo któreż cięcie na powłokach brzusznych nie było jeszcze stosowane; nie znajduję jednak w piśmiennictwie mi dostępnem takiego cięcia zalecanego do systematycznego stosowania w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego i takich cięć, które wymagają wycięcia kątnicy lub kiszki esowatej (*tuberculosis*, *carcinoma*). W takich przypadkach właśnie wypróbowałem to cięcie i mogę je gorąco zalecić, jako dające najlepszy dostęp i zapewniające, w razie potrzeby sączkowania, swobodny odpływ wydzielinie.

W przebiegu cięcia skórnego przecinamy mięśnie i powięzie. Przeszedłszy na otrzewnę, możemy ją albo przeciąć albo od podstawy odsunąć, stósownie do potrzeby i wymagania przypadku; w każdym razie możemy z łatwością dotrzeć do tylnej ściany kątnicy. Dolne przednie ramię cięcia, odpowiadające cięciu do podwiązania tętn. biodrowej, zaszywam prawie w każdym przypadku zapalenia wyrostka rob. z ograniczonem ropieniem, a nieraz i zagięcie i część górnego ramienia, zostawiając tylko dolny kąt rany, mniej lub więcej otwarty. W ten sposób staram się o ile możności nawet i w tych przypadkach zapobiedz powstaniu przepuklin w ścianie brzusznej. Szyję naturalnie każdą warstwę osobno, łącząc przynależne do siebie warstwy mięśniowe ze sobą.

W przypadkach zapalenia wyrostka robaczk., gdzie operujemy *à froid*, rozporządzamy znaczniejszą liczbą sposobów do odsłonięcia wyrostka robaczkowego. Możemy tutaj użyć cięcia jak do podwiązania tętnicy biodrowej, lub tegoż sposobu z modyfikacyą Mac Burnaya, Wołkowicza, Becka i innych, która polega na tem, że rozdziela się mięśnie na tępo, stosownie do przebiegu ich włókien tak, że powstaje otwór, który po usunięciu haków sam się zamyka, dzięki skłonności mięśni do powrotu w dawniejsze, prawidłowe położenie i w ten sposób najskuteczniej zapobiega się powstawaniu przepuklin brzusznych. Jedyną wadą tego sposobu jest, że daje on stosunkowo ciasny otwór, a już wcale nie można go użyć w tych przypadkach, gdzie po operacyi należy się osączkować pole operacyjne.

Użyć można też sposobu M. Schüllera, który polega na cięciu wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha; nie chroni on jednak wcale od powstawania przepuklin brzusznych.

Najlepszym wydaje mi się sposób Jalaguiera, zale-

cany także przez Battlea. Sposób swój opisuje Jalaguier jak następuje:

Cięcie prowadzi się w środku przestrzeni pomiędzy pępkiem a przednim kolcem biodrowym górnym, równolegle do zewn. brzegu mięśnia prostego brzucha, na 8—10 ctm. długie tak, że jedna trzecia jego znajduje się powyżej linii biodrowo-pępkowej, a dwie trzecie poniżej. Otwiera się pochwę mięśnia prostego na jeden centymetr od jej brzegu zewnętrznego, oddziela się ten brzeg od mięśnia i przeciąga się mięsień tak, że można i tylną blaszkę pochwy mięśnia przeciąć w odległości tej samej jak przednią, t. j. około 1 ctm. od jej brzegu zewnętrznego. Tak radzi Jalaguier; jabym myślał, że lepiejby było albo bliżej albo dalej od brzegu zewnętrznego naciąć blaszkę tylną pochwy tak, żeby otwór w niej właśnie nie odpowiadał otworowi w przedniej blaszce; w ten sposób jeszcze pewniej po zasunięciu i zeszyciu wszystkich warstw zapobiegłoby się powstaniu przepukliny brzusznej. Sposób Jalaguiera daje pod tym względem rzeczywiście największą pewność, gdyż mięsień prosty, odprowadzony na swe miejsce, zamyka nacięcia w ścianie i całym zabiegiem wcale nie uszkodzony daje naturalną pewność ścianie brzusznej. Również i dostęp do wyrostka robaczkowego i kątnicy jest bardzo łatwy z tego cięcia, które w razie potrzeby można jeszcze ku dołowi rozszerzyć; trzeba się tylko wystrzegać, żeby nie naciąć naczyń podbrzusznych *(art.* i *ven. epigastrica).*

Warstwy nacięte szyje się naturalnie każdą z osobna.

Rozumie się, że sposobu tego nie można użyć w przypadkach ostrych powikłanych ropieniem, gdzie może zachodzić potrzeba sączkowania.

II. Doświadczenia nad zastósowaniem 40% formaliny, formagenu i jodoformagenu w dentystyce.

Podał
Dr. W. Łepkowski
Doc. dentystyki w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

Porównywując działanie formaliny z działaniem ciasta (Pasty) arszenikalnego, stwierdzić można, że między jednym a drugim środkiem jest znaczna różnica. Ciasto arszenikalne, zdaniem prof. Areövy działa na całą miazgę zębową, a nie na jej części. Ciasto arszenikalne wywołuje obumarcie miazgi zębowej w całości, formalina zaś działa podobnie, ale tylko w pewnej części miazgi. Areövy przypuszcza, że działanie arsenu odbywa się wprost przez naczynia krwionośne. — Przypuszczenie to jest zupełnie słuszne, gdyż niema innych dróg przewodzących w miazdze zębowej. Naczyń limfatycznych miazga zębowa nie posiada, jak to wynika z nadzwyczaj dokładnych badań Körnera i Ollendorffa[1]). Do wessania przyczyniają się fagocyty, które wynoszą wszystkie zbyteczne części po za obręb zęba, a które spotkaliśmy pod drobnowidem w naszem doświadczeniu IV.

To wszystko ma nadzwyczaj doniosłe znaczenie w praktyce, bo daje nam możność ścisłego określania wskazań, na których podstawie możemy się od formaliny i jej przetworów spodziewać skutecznego działania. Jeżeli sprawa zapalna objęła całą miazgę zębową, to zastosowanie formaliny formagenu, lub jodoformagenu, z myślą jej wyleczenia nie ma podstawy. Środki te zadziałają tylko w koronowej części, część zaś korzeniowa, chorobowo zmieniona, ulega dalszym losom zapalenia. O wyleczeniu może być mowa tylko w samych początkach, gdy mamy do czynienia z *Pulpitis partialis*; przy *Pulpitis totalis* zaś, bez wydobycia całej miazgi zębowej, nie można zdaniem mojem za pomocą formaliny i jej przetworów przeprowadzić wyjałowienia zawartości kanału zębowego na całej jego przestrzeni. Położenie na powierzchni miazgi, czy formaliny, czy jakiegokolwiek jej przetworu, nie wyleczy i wyleczyć nie może chorobowo w całości zmienionej miazgi. Chcąc iść drogą pewną, trzeba najprzód miazgę zębową w takim przypadku ciastem arszenikalnem zniszczyć, a uczyniwszy ją bezbolesną, wydobyć, i kanał zębowy dopiero potem formaliną wyjałowić. Do zupełnego zaplombowania zęba trzeba conajmniej 2 posiedzeń, jedno na założenie ciasta arszenikalnego, drugie na odkażenie kanału zębowego i wypełnienie cementem, amalgamem lub złotem. Chcąc jednak na jednem posiedzeniu ukończyć leczenie, można się o to pokusić używając sposobu, który podaje Witzel, a to wstrzykując formalinę szczypczykami rurkowanemi (pincettą) wprowadzoną do samego szczytu korzenia. Sposób ten podaje Witzel w ostatniem swem dziele: *„Über das Füllen der Zähne mit Amalgam“*. Teoretycznie wydaje się ten sposób zupełnie możliwym i dobrym, odstrasza jednak od niego ból, jaki się wywołuje podobnem postępowaniem. Niema w tem zresztą żadnego celu, chyba tylko zysk na czasie, bo miazga zębowa jest po takiej operacyi zupełnie zabitą i dla zęba ma to samo znaczenie, co kawałek waty poprzednio napojony formaliną, wprowadzony do kanału.

W ten sposób ograniczyłbym wskazania do zastosowania wymienionych wyżej przetworów. Ograniczenie to bynajmniej nie obniża ich wartości, owszem dając możność pewniejszego wyniku, podnosi ich znaczenie w zachowawczej dentystyce. Należy jeszcze rozstrzygnąć, czy wszystkie te środki są równie dobre, czy też jeden ma wyższość nad drugim.

Zdaje mi się, że najsilniej działa 40% formalina; wywołuje ona jednak, stosowana przy *pulpitis partialis*, nieznośne początkowo bóle. Jest to wielka wada, to też słusznie zupełnie Abraham i wynalazca jodoformagenu, starali się ją usunąć. Własne moje doświadczenie kliniczne pouczyło mnie, że istotnie po zastosowaniu tych obydwów przetworów w podobnych przypadkach bólu nie było. Jak działają jednak te obydwa przetwory, na to odpowiedziały niniejsze badania i właśnie na tej podstawie jodoformagen, a nie formagen, wydaje mi się być pewniejszym w działaniu. W praktyce również więcej do jodoformagenu niż do formagenu nabrałem zaufania. Formagen możnaby przy jego słabem przeciwgnilnem działaniu, stosować jako środek osłaniający miazgę zębową. Jednak tam, gdzie zapalenie miazgi jest wyraźne i daleko posunięte, trudno mu ufać i lepiej przy częściowych zapaleniach miazgi zębowej użyć jodoformagenu. Nawiasowo wspomnę na tem miejscu, że również dobrze działa ciasto (pasta) prof. Boenneckena[1]) z Pragi, o czem, stosując ją

[1]) Ollendorff, Über Zusammenhang der Schwellungen der regionären Lymphdrüsen zu den Erkrankungen der Zähne. Monatschr. für Zahnheilkunde XVI. J. 6. Heft. 2 Juli 1898.

[1]) Über neuere Methoden in der Behandlung erkrankter Pulpen. Oesterreichisch-ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde. XIV. J. H. I. 1898.

także w mojej praktyce, miałem sposobność niejednokrotnie się przekonać.

Z doświadczeń na zwierzętach można przypuszczać, że jeżeli zamknięcie za pomocą plomby jest zupełne i szczelne, to, po zastosowaniu przetworów formalinowych, wyleczenie przy *pulpitis partialis* napewne nastąpi. Przypuszczenie to znajduje poparcie w korzystnym stanie miazgi zębowej, widocznym na preparatach z psa, przez $2^1/_2$ miesiąca utrzymywanego przy życiu.

Pasta prof. Boenneckena i jodoformagen śmiało mogą służyć do zachowawczego leczenia miazgi zębowej przy częściowem jej schorzeniu. Skoro raz miazga zębowa w całości ropnem zapaleniem została dotknięta, usunięcie jej po poprzedniem zniszczeniu ciastem arszenikalnem uważam za najwłaściwszy sposób leczenia. W tych przypadkach, jak również tam, gdzie kanał zębowy jest pusty, lub wypełniony posokowatą ropną cieczą, wyjałowienie kanału, po możliwie dokładnem mechanicznem oczyszczeniu, najpewniej nastąpi za użyciem 40% formaliny.

Że to postępowanie zupełnie i pewnie wystarcza, najlepszym tego dowodem jest zabliźnianie się przetok zębowych na dziąsłach. Przy *phlegmone acuta septica*, oraz tam, gdzie torebka ropnia ponad szczytem korzenia jest zbyt wielką, powyższe postępowanie wystarczyć nie może, gdyż ilość formaliny zamknięta w korzeniu, nie wystarcza do działania na tak znaczną odległość.

W końcu niechaj mi wolno będzie podziękować Prof. Dr. Henrykowi Hoyerowi za łaskawe a uprzejme pozwolenie przeprowadzenia doświadczeń, w kierowanym przez niego Zakładzie anatomii porównawczej Uniw. Jagiellońskiego.

III. Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierownictwem Dra Maksymiliana Rutkowskiego.

Gruźlica stawów i kości pod względem bakteryologicznym, anatomo-patologicznym i klinicznym na podstawie przypadków, operowanych w klinice chirurgicznej krakowskiej w roku szkolnym 1898/9.

Podał

Dr. Stanisław Droba.

(Wykład, wygłoszony na IX Zjeździe chirurgów polskich, odbytym dnia 18 i 19 lipca 1899 r. w Krakowie.)

(Dokończenie).

Dział drugi tej gromady obejmuje trzy przypadki gruźlicy stawu kolanowego z typowo przewlekłym suchym przebiegiem.

We wszystkich przypadkach sprawa pierwotna w torbie. W dwóch przypadkach wstrzykiwano raz przed rokiem, drugi raz przed dwoma laty mieszankę jodoformowo-kreozotowo-glicerynową. Mazią stawową i tkankami zmienionemi szczepiono pożywki zawsze z wynikiem ujemnym. Obok tego szczepiono zmienione tkanki świnkom morskim. Wszystkie padły na typową gruźlicę.

Anatomicznie przedstawia się torba we wszystkich trzech przypadkach znacznie zgrubiałą, w miejscu przejścia torby na kość zmiany gruźlicze powierzchowne w kości. Klinicznie przebieg typowo przewlekły, czas trwania 3—4 lat. Wszystkie przypadki zupełnie czyste, nigdzie przetoki, nigdzie śladu zimnego ropnia. Co do dziedziczności, to można ją wykazać tylko w jednym przypadku. Zmian w płucach i w innych narządach w żadnym przypadku niema.

Obraz drobnowidowy torby przedstawia w dwóch przypadkach gruzełki dość liczne, obmurowane dookoła tkanką łączną włóknistą, zbitą. Zdarza się gdzieniegdzie, że odosobniona komórka olbrzymia siedzi jakby w ramie, wytworzonej z włóknistej tkanki łącznej. Patrząc na te obrazy drobnowidowe nasuwa się mimo woli chęć przypisać ten silny rozwój tkanki łącznej działaniu mięszanki jodoformowej. Obraz drobnowidowy w przypadku trzecim przedstawia gruzełki rozsiane również wśród tkanki łącznej włóknistej. Podnieść należy, że w przypadku tym występuje ogromna liczba komórek olbrzymich. Całe pola widzenia są niemi zasiane. Leżą one nietylko wśród gruzełków, ale także wolno wśród tkanki włóknistej. Obok gruzełków widać tu i owdzie naciek drobnokomórkowy. W dwóch z tych przypadków znaleziono ciała ryżowe. Z obu przypadków zaszczepiono je świnkom morskim. Obie świnki padły na gruźlicę. Preparaty z ciał ryżowych, barwione sposobem Weigerta, wykazują dwojaką substancyę bez wyraźnej budowy. Jedna się barwi sposobem Weigerta, druga się odbarwia. Barwione hematoksyliną i podbarwiane sposobem Van Giesona, wykazują te preparaty co następuje: Substancya, która się poprzednio barwiła sposobem Weigerta, barwi się tu żółto. Substancya, która się tam odbarwiała, barwi się tu rdzawo. Wśród tej dwojakiej substancyi widać wpryśnięte komórki, dobrze utrzymane, a obok tego widać większe ogniska tkanki stałej dobrze utrzymanej, która robi wrażenie tkanki gruźliczej; wreszcie tu i owdzie widać bezkształtne masy szkliste.

Badanie torby stawowej, szczególnie z jednego przypadku, wykazuje bardzo pięknie kosmki błony maziowej, gruźliczo zmienione i odrywające się.

Na podstawie badania tych dwóch przypadków trudno nabrać pewnego wyrobionego zdania o ciałach ryżowych. To jednakowoż podnieść trzeba, że badanie moje więcej mi przypomina wyniki badań i wnioski z tych badań, podane przez zwolenników teoryi degeneracyjnej, niż zwolenników teoryi Königa.

Wogóle wynik badań po uwzględnieniu nie podniesionych jeszcze szczegółów przedstawia się w streszczeniu w sposób następujący:

1) Wszystkie przypadki, rozpoznawane jako sprawy gruźlicze, były niemi w rzeczywistości. Tkanki bowiem zmienione, szczepione wypróbowanym tuberkuliną świnkom, zabijały je bez wyjątku. Świnki padłe wykazywały typową gruźlicę. Najwięcej zmienione były u padłych świnek wątroba i śledziona. Tu znajdowałem zawsze dość rozległe, częściowo obumarłe nacieki. W płucach znajdowałem zawsze rozsiane, odosobnione gruzełki. W gruzełkach i w naciekach, branych z płuc i wątroby padłych świnek, znajdowałem zawsze prątki gruźlicze.

2) Znajdowane prątki przedstawiały pewną rozmaitość co do kształtu. Raz były to cieniuchne, proste linijki, drugi raz linijki te były powyginane, raz występowały pojedyńczo, to znowu ułożone w gromadkach po 3—4. Prątki, brane ze świeżych gruzełków, występowały znacznie obficiej, niż z większych obumierających nacieków.

Raz były to jednostajne linijki, kiedyindziej przedstawiały się, jakby były złożone z drobnych punkcików. Tę drugą postać znajdowałem wtedy, gdy prątki były brane z ognisk obumierających.

3) Przy szczepieniu płynów świnkom uderza okoliczność, że płyn z jamy u chorego Mildnera, w którym się znajdował obok tego gronkowiec biały, świnki nie zabił: podobnie nie padły świnki, szczepione treścią z przetok w trzech przypadkach, w której to treści znajdowano również obok prątka gruźliczego inne drobnoustroje

Przy zastanawianiu się nad tym szczegółem, przyszło mi na myśl. czy to przypadkowo nie te drobnoustroje innego rodzaju wpływają osłabiająco na jadowitość prątka gruźliczego, zwłaszcza, gdy od kolegi Kostaneckiego, pełniącego obowiązki I asystenta u prof. Bujwida, dowiedziałem się, że prątki gruźlicze w pożywkach bulionowo-glicerynowych przestają rosnąć, gdy się do nich dostają innego rodzaju drobnoustroje, jak n. p. prątek sienny.

Od dalej idących wniosków, dotyczących wpływu innych razem żyjących drobnoustrojów na prątek gruźliczy, na razie się powstrzymuję. Doświadczenia w sprawie tego spółżycia (symbiozy), jakie rozpocząłem na zwierzętach w kierunku wskazanym mi przez prof. Browicza, ogłoszę później.

4) Płyny, brane ze stawów, ciecz z ropni zimnych i tkanki ze stawów, były, jak hodowle wykazały we wszystkich przypadkach niepowikłanych przetokami, jałowe (wyłączając prątek gruźliczy z pojęcia jałowy). Wyjątek w tym względzie stanowił jedynie przypadek, dotyczący chorego Mildnera, w którym wykazano zakażenie mięszane (gronkowiec biały).

5) Co się tyczy badania drobnowidowego, to do szczegółów, podniesionych w ciągu wykładu, dodać muszą: *a)* We wszystkich przypadkach znajdowałem znamienne dla gruźlicy gruzełki. *b)* W sprawie resorbcyi kości odgrywa rolę naciek gruźliczy sam, jako taki. Osteoklastów nie znajdowałem bądź wcale, bądź w bardzo małej ilości, zatem zupełnie przeciwnie, jak to w literaturze spotykałem. *c)* Odradzanie się kości występuje tu w rozmaitych sprawach rozmaicie. Przy sprawach szybko niszczących odradzania się (przywarstwiania) prawie zupełny brak, w przypadkach więcej przewlekłych, występuje ono wybitniej. *d)* W preparatach odpowiednio barwionych spotykałem następujące stany: jedna połowa beleczek kostnych, przytykająca bezpośrednio do nacieków gruźliczych była odbarwioną, druga połowa barwiła się. Na brzegu beleczki, po stronie zabarwionej, usadowione były szeregiem osteoblasty.

6) Co się tyczy przebiegu klinicznego, to tu podnieść muszę dwa szczegóły: 1) Obecność zakażenia mięszanego wpływa na szybkość przebiegu i wielkość zniszczenia, albowiem u chorego Mildnera był przebieg ostry, a zniszczenie duże. W przypadkach powikłanych przetokami przebieg z chwilą ich wystąpienia stawał się widocznie szybszym i groźniejszym.

Pogorszenie to jest wynikiem działania dołączających się drobnoustrojów, a nie prątka gruźliczego, bo ten zdaje się wtedy nawet tracić na swej sile żywotnej. 2) Obrazy histologiczne odpowiadają przebiegowi klinicznemu. Przypadki nasze, w których sprawa pierwotna wychodziła z torby stawowej, przebiegały przewlekle; przypadki zaś z pierwotnemi ogniskami kostnemi przebiegały przewlekle do czasu przebicia się ogniska do stawu lub wogóle na zewnątrz. Występające od czasu do czasu pogorszenia, ustępowały szybko. Objawy ze strony stawów, w czasie kiedy ognisko do nich jeszcze nie przebiło się, były wynikiem obocznego zapalenia, które nietyle stale się tu toczyło, ile raczej w czasie wspomnianych pogorszeń w nich występowało.

Z chwilą przebicia się ogniska, przebieg przybierał na stałe charakter ostry.

Porównywanie preparatów z torby stawowej z preparatami z kości w przypadkach, w których ognisko kostne przebiło do stawu i zestawianie różnicy obrazów histologicznych z czasem, jaki upłynął od chwili przebicia do chwili operacyi, naprowadza na myśl teoryę Baumgartena o powstawaniu gruzełków. Nasze badania zdają się za nią przemawiać.

W przypadkach ostrych, powikłanych zakażeniem mięszanem, występuje na pierwszy plan rozlany naciek drobnokomórkowy. Gruzełki występują skąpo, a jeszcze skąpiej komórki olbrzymie.

W przypadkach ostrych czystych występują obficie gruzełki wśród nacieku drobnoo-krągło-komórkowego. W przypadkach przewlekłych uderza silny rozwój tkanki łącznej włóknistej, bardzo wielka obfitość komórek olbrzymich i nader skąpy naciek drobno-okrągło-komórkowy.

Niemały wpływ na jakość przebiegu klinicznego mają: 1) usadowienie cierpienia, 2) ogólny stan ustroju. Kości śródręcza i śródstopia zdają się nadawać do szybkiego i niszczącego przebiegu, podobnie jak usposabia do niego równocześnie występująca gruźlica płuc i innych narządów.

Kończąc ten krótki wykład, poczuwam się do miłego obowiązku złożenia podziękowania szefowi memu, Drowi Maksymilianowi Rutkowskiemu, za łaskawe zachęcenie mnie do tej pracy; również składam serdeczne podziękowanie Jaśnie Wielmożnym PP. Profesorom: Browiczowi i Bujwidowi za cenne wskazówki i rady, jakich mi w ciągu całej pracy udzielali; JWmu Docentowi Drowi Stanisławowi Ciechanowskiemu za mozolne przeglądanie preparatów histologicznych i sprawdzanie mych w tym kierunku badań. a wreszcie kochanemu koledze Drowi Napoleonowi Kostaneckiemu — za łaskawe wprowadzenie mnie w tok badań bakteryologicznych.

IV. Oceny i sprawozdania.

Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase vom Doc. Dr. Hajek (z 89 po większej części oryginalnymi rysunkami). Franz Deuticke. Lipsk, Wiedeń.

Wychodząc z założenia, opartego na doświadczeniu, że brak dokładnej wiedzy anatomii nosa i jam bocznych stanowi główną przeszkodę do postępu w poznaniu cierpień tych narządów i że dla nabycia gruntownej wiedzy na polu rynologicznem dokładne wiadomości anatomiczne są niezbędnym warunkiem, poprzedził autor swój wykład rozpoznania i leczenia obszerniejszem nakreśleniem stosunków anatomicznych. Na tej podwalinie anatomicznej ułożył H. metody techniki badania, leczenia, oraz symptomatologię. Ponieważ badanie zgłębnikiem (sondowanie) jam pobocznych stanowi najważniejszy czynnik w rozpoznaniu i leczeniu tych części, słusznie autor położył największy nacisk na wykonanie tego zabiegu. Niemniej inne szczegóły badania i leczenia zostały nakre-

słone ściśle, logicznie i jasno. Nie mniejszą zaletę tego dzieła stanowi ta okoliczność, że autor starał się podać i polecić przeważnie własne, przez siebie wypróbowane i sprawdzone środki rozpoznawcze i lecznicze. Liczne, przeważnie oryginalne, rysunki służą do ułatwienia zoryentowania się w wielce zawikłanych nieraz stosunkach anatomicznych i patologicznych, oraz wykonania trudnych niekiedy rękoczynów.

Wprawdzie w pierwszym rzędzie powinno się polecać tę książkę specyalistom, jako dzieło klasyczne i oryginalne; zważając jednak na rozliczne i różnorodne wtórorzędne zaburzenia i powikłania ze strony innych narządów, które cierpienia jam sąsiednich często za sobą pociągają, jak dychawica, zapalenia górnych dróg oddechowych, zaburzenia żołądkowe i nerwowe, ból głowy, stany przygnębienia i podniecenia, wrzekomą niedomogę nerwową i w. i., tudzież uwzględniwszy jak często podobne cierpienia, skutkiem zapoznania lub przeoczenia choroby podstawowej, latami bywają błędnie oceniane i bezskutecznie leczone, należy przyznać, że przeczytanie tego dzieła dużo korzyści przynieść może każdemu lekarzowi, trudniącemu się praktyką.

W dodatkowej części omawia autor w sposób równie zajmujący jak pouczający, stosunek chorób jam bocznych do ozeny i powikłania ze strony oczodołu, narządu wzrokowego i mózgu. Liczne przykłady, przytoczone z własnego doświadczenia, ilustrują wywody autora. Zewnętrzne wyposażenie dzieła godnem jest zaszczytnie znanej firmy nakładcy.

Spira.

V. Wyciągi.

Koch: **Pierwsze sprawozdanie z czynności wyprawy dla zbadania zimnicy.** (*Dtsch. med. Woch.* 1899. Nr. 37). Wyprawa, w skład której wchodzili: prof. Koch, prof. Frosch i lekarz sztabowy Ollwig, przebywała od kwietnia do sierpnia b. r. w Grosseto, mieście położonem w toskańskich Maremmach, sławnych z ciężkich endemij zimniczych. W czasie tym poddano badaniu w kierunku zimnicy 650 osób, — 408 z wynikiem dodatnim. Badania odbywały się na chorych w szpitalu miejscowym, oraz na chorych w mieszkaniach prywatnych. We wszystkich przypadkach niewątpliwej zimnicy znaleziono pasorzyty zimnicze, przyczem można było odróżnić przypadki świeżego zakażenia od nawrotów. Świeże zjawiają się, o ile można wykazać sumiennie zbieranymi wywiadami, tylko w miesiącach lipcu, sierpniu i wrześniu. Jestto bardzo ważnem, bo jeżeli pośrednikami w zakażeniu zimniczem, jak to już prawie jest udowodnione, są mustyki, to ze spostrzeżenia powyższego wynikałoby, że pasorzyty zimnicze mogą się w ciele mustyków rozwijać tylko w gorącej części roku, a przez resztę czasu, tj. 8—9 miesięcy, są ograniczone do ciała ludzkiego. Wobec tego, że nie znane jest zwierzę, któreby podlegało zakażeniu pasorzytami zimniczymi identycznymi z ludzkimi, przyjąć należy, że jedynym łącznikiem między endemią jednego roku, a roku następnego, są nawroty choroby; gdyby się udało ten łącznik zerwać, możnaby pojawieniu się świeżych zakażeń zapobiedz. Środkiem zaś byłoby wyleczenie poszczególnych przypadków zapomocą chininy. Zimnicę należałoby tak samo zwalczać jak cholerę, dżumę, lub trąd; w miejsce jednak odosabniania i odkażania wszedłby w użycie jedyny w swym rodzaju środek, chinina, mająca zniszczyć zarazek tam, gdzie on dla nas jest najbardziej dostępny [1]).

Rozmieszczenie poszczególnych przypadków było ogniskowe, a w niektórych ogniskach udało się wykazać stary przypadek, który przypuszczalnie był punktem wyjścia dla świeżych zakażeń.

Pomiędzy przypadkami zimnicy niewiele tylko było czwartaczek, a przeważna liczba trzeciaczek zwykłych i t. z. gorączek letniojesiennych. Te ostatnie udawało się oznaczyć zawsze jako złośliwe trzeciaczki.

Chininę podawano zawsze w przerwie gorączkowej, w ilości 1—2 grm. *pro dos.*; zawsze działała pewnie. Doświadczenia z urotropiną i arszenikiem wypadły ujemnie.

Poszukiwania, mające na celu stwierdzenie, jakie rodzaje mustyków znachodzą się stale w okolicach zimniczych, wykazały, że takimi są *culex nemorosus*, *culex pipiens*, *anopheles maculi pennis* i pewien *phlebotomus*. Z tych jednak tylko drugi i trzeci zdają się mieć znaczenie w przenoszeniu zimnicy. W obu też udało się Kochowi znaleźć w paru przypadkach zarodki półksiężycowate w gruczołach jadowych, lub ciała w żołądku, podobne do kokcydyów, opisane przez Rossa. Koch więc, w przeciwieństwie do Rossa i Grassiego, którzy przyznają znaczenie w przenoszeniu zimnicy jedynie rodzajowi: *anopheles*, stawia z nim na równi rodzaj *culex pipiens*.

Pozorna sprzeczność, że mustyki kłóją przez cały rok, a świeże przypadki zimnicy zdarzają się tylko w pewnej porze, tłómaczy się tem, że rozwój pasorzytów w mustykach może się odbywać tylko przy pewnej ciepłocie. Zestawienie pojawiania się świeżych przypadków ze stosunkami ciepłoty w Grosseto w kilku latach ostatnich wykazało, że pojawiają się one około 3 tygodnie potem, gdy ciepłota najwyższa dnia dosięgła 27°, coby odpowiadało ciepłocie w miejscach zamkniętych (także nocą) 24—25°. Ta więc ciepłota byłaby potrzebną do rozwoju pasorzytów w ciele mustyków. Z czasu 3 tygodni przypadałoby 8—10 dni na okres wylęgania choroby w człowieku zakażonym. *Lewkowicz.*

A. Branca. **O zabliźnianiu przybłonkowem.** (*Recherches sur la cicatrisation epithéliale.* Thèse de Paris, 1899). Mimo prac Ranviera, Cornila i innych z lat ostatnich, nie wiemy jeszcze dokładnie, w jaki sposób rany w okresie gojenia pokrywają się nabłonkiem. Praca B. jest ważnym przyczynkiem do wyświetlenia tej sprawy.

W pierwszem szeregu badań B. używał trytonów i *axolotli*, u których, jak wiadomo naskórek odznacza się utkaniem stosunkowo niezłożonem, a ztąd też mechanizm gojenia znacznie jest uproszczony. Po tych studyach wstępnych przeszedł B. do badań ziarniny branej z ran gojących się u ludzi. Stwierdziwszy przez porównanie tożsamość przebiegu sprawy zarówno w niższych jak i wyższych ustrojach, B. doszedł do następujących wyników:

1. Przybłonek nowy, pokrywający świeżą ziarninę, powstaje wyłącznie z przybłonka starszego, poprzednio już istniejącego w najbliższym otoczeniu rany; zachowuje on jego cechy morfologiczne, t. j. przedstawia komórki warstwowe brukowe, natomiast nie spotykamy w przybłonku pochodnym komórek o wyższym stopniu zróżniczkowania; jak gruczoły, włosy, paznogcie.

2. Mechanizm zabliźniania polega zarówno na ześlizgiwaniu się (glissement) komórek starych z brzegów rany ku środkowi, jakoteż na tworzeniu się nowych (proliferation). Ranvier przyznaje tylko pierwszy z wymienionych czynników twierdząc, że stare komórki pod wpływem przerostu i rozpęcznienia tak się łatwo przemieszczają, że są w stanie dostatecznie pokryć całą powierzchnię rany. B. jednak podnosi ważność drugiego czynnika, t. j. powstawania nowych komórek, powołując się na liczne obrazy mitozy zarówno we wczesnych okresach, gdy komórki z brzegu rany zaledwie zaczynają się posuwać ku środkowi, jak też i w okresach późniejszych, gdy powierzchnia rany pokrytą jest całkowicie cienką warstwą przybłonka.

3. Na preparatach, w których warstwa Malpighiego liczyła 12 rzędów komórek, B. widział mitozy jeszcze w 6-tym rzędzie, t. j. na połowie wysokości całej warstwy; ztąd wniosek, że nietylko najgłębsza warstwa (couche germinative, stratum cylindricum) jak dotąd utrzymywano, ale także i następna (stratum dentatum) bierze czynny udział w tworzeniu nowych komórek.

[1]) Zapatrywanie to jest prawie identycznem z zapatrywaniem referenta, wyrażonem w artykule: »O szerzeniu się zimnicy i możliwości skutecznego zapobiegania jej endemiom«. (*Przegl. lek.* 1898 Nr. 33).

4. Badania B. dostarczyły również materyału do obalenia nowej teoryi Fabre-Domergue, która za punkt wyjścia nowotworów przybłonkowych (epithelioma) uważa rozstrzelenie mitozy (désorientations des mitoses), t. j. zboczenia od właściwego planu, którym ma być płaszczyzna prostopadła do powierzchni powłok skórnych. Podług B. komórki pochodne układają się bez planu i kierunku wytycznego, raz jedna obok drugiej, to znów jedna ponad drugą prostopadle jak i skośnie. *Beaurain.*

Niedrygajłow. **Przyczyny nieskuteczności surowicy przeciwbłoniczej przy wprowadzaniu jej do żołądka lub odbytnicy.** (*Wracz*, 1899, Nr. 26). Niejednokrotnie już stwierdzono, że, przy wprowadzaniu surowicy przeciwbłoniczej do żołądka lub odbytnicy, ustrój nie zostaje uodporniony przeciw błonicy i poszukiwania antytoksyn błoniczych we krwi w tych przypadkach dają zawsze wynik ujemny; lecz gdzie surowica przeciwbłonicza utraca swe lecznicze własności, — dotychczas istniały tylko mniej lub więcej uzasadnione przypuszczenia; to skłoniło autora do przeprowadzenia w tym kierunku licznych doświadczeń na zwierzętach. Doświadczenia te wykazały co następuje: 1) antytoksyny błonicze nie zostają wydzielane z kałem, przynajmniej w stanie niezmienionym; 2) antytoksyny błonicze, wprowadzone nawet w wielkiej ilości do żołądka, już po upływie 7 godzin nie mogą być jako takie wykazane ani w treści żołądkowej, ani w jelitach, podczas gdy po 3 godzinach autor zawsze je znajdował i w jelitach i w żołądku; 3) sok żołądkowy, sok trzustkowy oraz żółć nie wywierają prawie żadnego wpływu na antytoksyny błonicze, podczas gdy na toksyny błonicze wydzieliny te działają bardzo energicznie, szczególnie zaś sok trzustkowy, który działa na toksyny błonicze prawie równie silnie, jak surowica przeciwbłonicza; 4) antytoksyny błonicze z żołądka do wątroby nie dostają sie w stanie niezmienionym; 5) wbrew twierdzeniu Eschericha, przy wprowadzaniu do żył krezkowych surowicy przeciwbłoniczej, wątroba nie niszczy antytoksyn błoniczych: po upływie 24 godzin od wprowadzenia surowicy do żył krezkowych, krew, wzięta z żyły szyjnej, wykazywała wybitne własności antytoksyczne. Wobec tego, iż przy wprowadzeniu surowicy przeciwbłoniczej do żołądka lub odbytnicy antytoksyny błonicze nie ulegają zmianom pod wpływem soków przewodu pokarmowego, a z drugiej strony nie zostają zeń wydzielone w stanie niezmienionym, sądzi autor, że zniesienie leczniczych własności, wprowadzonej w ten sposób surowicy przeciwbłoniczej, następuje pod wpływem czynności żywego nabłonka jelitowego, a być może także jelitowego narządu chłoniczego, gdyż, jak to wykazał Miecznikow, ciałka białe są w stanie niszczyć nietylko bakterye, lecz także i niektóre toksyny (tężcowe). *Dr Gliński.*

Dr. F. Kuhn. **Użycie kostek szklanych do budowy sal operacyjnych i pracowni.** (*Münch. med. Wochenschrift*, 1899, Nr. 30). Wynalezione niedawno we Francyi kostki szklane do budowy, patentu Falconier, wyrabiają teraz także w Niemczech, w hucie szklanej Adlerhütte w Penzig na Śląsku pruskim. Są to graniaste kamyki ze szkła z wydrążeniem wewnątrz wypełnione rozrzedzonem powietrzem. Kostki te można układać jak cegły i spajać wapnem lub cementem. Powstają przez to ściany przeźroczyste, nieprzepuszczające rażących promieni słonecznych, tylko łagodne światło rozproszone. Dalej ściany takie nie przepuszczają ani zimna ani ciepła z zewnątrz, ponieważ, jak wiadomo, szkło należy do złych przewodników ciepła. Można wystawić salę operacyjną lub pracownię kliniczną na ulicy ludnej, a mimo to nikt ciekawy z zewnątrz nie dojrzy, co się tam w środku dzieje. Wzgląd bardzo ważny w miastach wielkich, gdzie nieraz trzeba dobudować salę operacyjną, pracownię, do już istniejącego szpitala w ruchliwej części miasta. Ściany te dadzą się myć i wyglądają zawsze czysto i porządnie. Autor radzi wstawić w ścianę jedną, w górze wysoko, okno, tak zw. oświetle (Oberlicht), aby powiększyć ilość światła. W korytarzach ciemnych można też zbudować boczne ściany z tych kostek szklanych, przez które wpadać będzie dostateczna ilość światła z pokojów sąsiednich. Robią już w Niemczech z kostek szklanych ściany tam, gdzie podług przepisów budowlanych nie przysługuje właścicielowi prawo umieścić okna, gdyż wychodzi na zabliską posiadłość sąsiada. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

H. Hofmann. **O uchyłkach workowatych przełyku i ich doszczętnem leczeniu chirurgicznem z poprzedniem wytworzeniem przetoki żołądkowej.** (*Deutsche med. Wochschr.* Nr. 31. 1899). Podczas gdy uchyłki, powstałe z pociągania (Tractionsdivertikel), nie bywają nigdy przedmiotem chirurgicznego leczenia, to analogiczne im uchyłki z wypychania, czyli workowate (w przeciwieństwie do poprzednich stożkowatych), z powodu zaburzeń w połykaniu, wielokrotnie przez operacyę były leczone. W piśmiennictwie zanotowanych jest 11 odpowiednich spostrzeżeń, którą to liczbę autor powiększa do 13. Ta stosunkowo niezmierna liczba powoduje prawdopodobnie, że sposób operacyjny nie został dotychczas dostatecznie ustalony i różni autorowie różnych sposobów używali. Autor, w imieniu Prof. Witzla, zaleca jako metodę, aby przed przystąpieniem do właściwej operacyi, na parę tygodni poprzednio, otworzyć przetokę żołądkową, przez nią wyłącznie chorego odżywiać, a dopiero potem, kiedy z całą pewnością przyjąć możemy, że uchyłek doszczętnie się wypróżnił i wszelkie objawy zapalne, jakieby istnieć mogły, zupełnie ustąpiły, przystąpić do operacyi uchyłku. W obu przypadkach autora, w których tej metody użyto, osiągnięto wynik pomyślny, w obu uchyłek usadowionym był w przełyku w odległości 19—20 ctm. od zębów. Drugi z tych chorych o tyle jeszcze budzi szczególny interes, że u niego istniały bardzo wybitne objawy żołądkowe tak, że nawet gdzieindziej otworzono jamę brzuszną, nic jednak w żołądku nie znaleziono. Te dokuczliwe i przeważające przypadłości ustąpiły zupełnie po wycięciu uchyłku wielkości i kształtu śliwki. H. mniema zatem, że przyczyną ich był właśnie ów uchyłek, a istnienie ich tłómaczy sobie tem, że wobec wspólnego unerwienia przełyku i żołądka, objawy żołądkowe wywołane zostały odruchowo, przyczem drażnienie wychodziło z patologicznie zmienionego miejsca w przełyku. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Vucetic N. O podawaniu Hydrastis canadensis w większych dawkach dzieciom i dorosłym. (*Allg. Wien. med. Ztg.* Nr. 32, 1899). Zwykle używana dawka wyciągu płynnego wynosi 20 kropel 2—4 razy dziennie, zaś chlorku hidrastyniny wstrzykuje się 0·05 podskórnie, a 0·025 daje się wewnętrznie 2—4 razy dziennie. Jakkolwiek z doświadczeń na zwierzętach przedsięwziętych wynika, iż *Hydrastis* jak i hidrastyna są truciznami dla serca, to przecież dawki podawane musiałyby być bardzo wielkiemi, aby przyszło do działania trującego, a według autora dawki: 30 kropel u dzieci, a 100 kropel u dorosłych nie sprowadzają trujących objawów. Na 137 przypadków nie stwierdził autor przy podawaniu wysokich dawek *Hydrastis* ani razu przypadłości poważnych i utrzymuje, że nie przekroczymy jeszcze ostatecznych granic dawki, podwajając zwykle przyjętą ilość, a w przypadkach cięższych można ją jeszcze podnieść. *Dr. J. L.*

Leduc podaje (*Arch. prov. de Méd.* T. I. A. 3.) uproszczony sposób leczenia zmian w krtani zapomocą nader prostego przyrządu. Do tego celu używa się rurki szklanej o 6 mm. świetle, 20—25 cm. długiej, która zgiętą jest na 1—2 cm. od jednego, a 4—5 cm. od drugiego końca pod kątem 100°, względnie 145°. Przy użyciu chory bierze w usta koniec krótszy mniej zagięty i nie dotykając podstawy języka przesuwa go aż do tylnej ściany przełyku, drugi zaś koniec zanurza w cieczy lub w proszku, przez co przy wdechu płyn przechodzi przez rurkę. Dla wdychania zaleca L. podnosić z płynu po jednej kropli i robić silne wdechy, przez co płyn rozdziela się na nader delikatne, drobne cząstki. W ten sposób więc dochodzi płyn lub proszek z łatwością do krtani. W końcu podaje L. następujące przepisy: przy zapaleniu ostrem krtani: *Ac. boric.*, *Natr. biborac.*, *Salol. aa 4·0*, *Menthol. 0·2*, *Cocaïn. 0·08*, *M. subtill.* S. co 2 godz. 2—3 razy na koniec noża wdychiwać; w nieżycie przewlekłym: *Ac. carbol. cryst. 1·0*, *Menth. 0·4*, *Cocaïn. m. 0·1*, *Ol. Amygd. dulc. 40·0* S. Co 2—3 godziny

łyżeczkę od kawy wdychiwać. Przy gruźlicy początkowej *(st. infiltrationis)* zaleca L. co 2—3 godz. wchychiwać dijodoform, przy wrzodach zaś: *Dijodof. 8·0, Cocaïn. m. 0·08, Morph. 0·04, M. subtill.* S. 2—3 razy na koniec noża. *F. K.*

Müller *(Aerzt. Runds.* 1899. 27) stosuje na oparzenia ichtyol, rozcierając go na miejscach zajętych w cienkiej warstwie i posypując obficie sproszkowanym łojkiem, poczem zawija miękką opaską. Opatrunek taki pozostaje 3—5 dni; lekkie oparzenia goją się w tym czasie. Przy cięższych zaleca M. dwa razy dziennie zmieniane okłady z ichtyolowego wazogenu, który można stosować także zamiast czystego ichtyolu, szczególnie u chorych mniej zamożnych. *F. K.*

VII. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu do zwalczania gruźlicy, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku w Berlinie.

Podał

Dr. T. Janiszewski

lekarz stacyi klimatycznej w Zakopanem.

(Ciąg dalszy).

IV. Terapia.

Nie ulega obecnie najmniejszej wątpliwości, że gruźlica płuc jest chorobą uleczalną, należy jednak porozumieć się co do pojęcia uleczalności. Ściśle biorąc, wyleczenie w znaczeniu anatomo-patologicznem należy do wyjątków; w znaczeniu jednak klinicznem wyleczenie z wytworzeniem się blizny w tkance płucnej jest zupełnie możliwem i dosyć częstem. Odróżniamy jeszcze trzeci rodzaj wyleczenia, t. z. wyleczenie względne, to znaczy, że sprawa nie zatrzymuje się w zupełności, lecz niejako przycicha na czas dłuższy, stan ogólny pacyenta znakomicie się poprawia i może on znów na czas dłuższy lub krótszy oddać się swemu zwykłemu zajęciu. Już w roku 1880 opisał Leyden przypadki stałego wyleczenia gruźlicy, potem podobne przypadki opisywali Dettweiler, Meissen, Spengler, Turban i inni.

Czem wcześniej zaczyna się leczenie, czem mniejsza część płuc zajęta jest sprawą chorobową, tem większa pewność wyleczenia; ztąd wynika niezmierna doniosłość wczesnego rozpoznania zmian gruźliczych w płucach i zwracania bacznej uwagi na t. z. postacie ukryte gruźlicy płuc. Nawet przy daleko posuniętych zmianach w płucach możliwem jest znaczne polepszenie. Nie posiadamy dotąd środka swoiście działającego w gruźlicy płuc. Jedynie racyonalnym sposobem leczenia gruźlicy płuc jest metoda higieniczno-dyetetyczna, wprowadzona do terapii przez Brehmera, udoskonalona przez Dettweilera, a zastósowana po raz pierwszy w klimacie górskim w zakładzie zamkniętym przez Turbana. Metoda ta daje się zastosować wszędzie, najlepsze jednak wyniki otrzymano przy stósowaniu jej w klimacie górskim (Weber, Egger, Turban). Metoda ta polega na postawieniu chorego w możliwie korzystnych warunkach higienicznych, tyczących się mieszkania, odzieży, odżywiania i całego trybu życia, na racyonalnem, t. j. zastosowanem do każdego oddzielnego przypadku, dawkowaniu godzin spokoju i ruchu i na używaniu najobfitszem świeżego, czystego powietrza, w końcu na zastósowaniu całego aparatu środków zapobiegawczych (profilaktycznych). Takie leczenie daje się bezwątpienia najdokładniej przeprowadzić w specyalnie na ten cel urządzonych zakładach, tak zw. sanatoryach, gdzie chory na gruźlicę, pozostając pod stałym nadzorem lekarza specyalisty, nietylko się leczy, ale przyucza się zarazem czego ma unikać, a co dla zdrowia jego jest pożytecznem; początkowo zapomocą przymusu, potem przez przyzwyczajenie i własne doświadczenie uczy się odpowiednio żyć i nietylko wynosi z zakładu zdrowie, ale zarazem do pewnego stopnia pewność, że potrafi uniknąć nawrotu choroby, lub powtórnego zakażenia się.

Jakkolwiek metoda ta jest jedynie racyonalną i pewną, jednak nie jesteśmy w stanie obejść się przy leczeniu, szczególniej dalej posuniętej sprawy płucnej, bez środków farmaceutycznych. Przegląd tych właśnie środków, działających jedynie na objawy, podał na zjeździe prof. Kobert. Nie podaję treści jego sprawozdania, gdyż było to raczej mało krytyczne zestawienie wszystkich nowych leków z tego działu, wspomnę tylko, że szczególnie gorąco przemawiał za stósowaniem w razie potrzeby pyramidonu, jako środka przeciwgorączkowego.

Pierwotna tuberkulina Kocha jest nietylko prawie pewnym i przy ostrożnem stósowaniu zupełnie bezpiecznym środkiem rozpoznawczym wczesnych okresów gruźlicy, ale według Briegera, Turbana, Petruschkyego w pewnych razach i dobrym środkiem leczniczym, byleby stósowaną była ostrożnie. Turban radzi zaczynać od dawki 0,000025 *Tuberculini Kochii*, wstrzykiwania robić nie codziennie, ale każde następne wstrzykiwanie robić dopiero wtedy, gdy odczyn po poprzedniem wstrzyknięciu już zupełnie minie. Dawki należy zwiększać powoli i stósować środek przez czas dłuższy; chory zachować ma zupełny spokój w przeciągu 5—30 godzin po wstrzyknięciu, a w razie podniesienia się ciepłoty ciała do 38° leżeć w łóżku aż do zupełnego spadku gorączki. Jako przeciwwskazania do stósowania tuberkuliny podają: szybkie tętno, wysoka gorączka, wielka wrażliwość sercowa i zbyt daleko posunięte zmiany w płucach.

Dokończenie nastąpi.

VIII. XVII. Zjazd internistów niemieckich w Karolowych Warach od 11—14 kwietnia 1899 r.

Podał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Dokończenie).

7 posiedzenie dnia 14 kwietnia przedpołudniem.

1) van Niessen (z Wiesbaden) mówił o stanowisku dzisiejszem etyologii kiły.

2) Rosenfeld (z Wrocławia). *Pochodzenie tłuszczu.*

Voit nauczał, że tłuszcz może pochodzić z białka, tłuszczu i węglowodanów. Jednak Pflüger i Rosenfeld ograniczyli to twierdzenie o tyle, że białko nie jest źródłem tłuszczu, a więc tylko tłuszcz i węglowodany. Mięsożerca może przy żywieniu zwyczajnem odłożyć tłuszcz tylko z tłuszczu pożywienia. Wprawdzie może powstać tłuszcz z węglowodanów, ale bardzo trudno i w małej ilości (przy 150 cieplotkach (kaloryach) na 1 k. zwierzęcia). — Roślinożercy noszą lepiej wielkie ilości węglowodanów, bo są do nich przyzwyczajeni, mogą też łatwiej wytwarzać tłuszcz z tego pożywienia. Tłuszcz, wytworzony z węglowodanów, posiada bardzo mało oleiny. Tłuszcz ryb zależy również od pożywienia. Tak samo tłuszcz człowieka różni się stósownie do pożywienia. Tylko wtedy istnieje swoisty tłuszcz zwierząt pewnych, jeżeli to zwierzęta mają skłonność do swoistego pożywienia. Ponieważ w pierwszym rzędzie tłuszcz ciała tworzy się z tłuszczu pożywienia, należy w leczeniu tuczącem podawać przedewszystkiem tłuszcze, a w wychudzającem zabronić tłuszczów.

3) D. Mayer (z Karolowych Warów). *Przyczynek do patologii kamicy żółciowej.*

Mowca zbija twierdzenie Riedela, że każda kolka żółciowa łączy się z zapaleniem woreczka *(cholecystitis)*. Są też inne przyczyny tej kolki, na co przytacza dowody z własnego doświadczenia. Oświadcza się przeciw wczesnemu operowaniu w kolce żółciowej. Działanie wody karlsbadzkiej polega nie na własności żółciopędnej, której mowca przeczy, ale woda ta wywiera dobre skutki przez to, że usuwa przeszkody mechaniczne i chemiczne dla prawidłowej czynności komórek wątrobianych, polegającej na wydzielaniu żółci, następnie wpływa korzystnie na krążenie w wątrobie, a usuwa szybko z przewodu pokarmowego zagęszczoną żółć. Wspiera działanie to usuwanie przewlekłego zaparcia stolca i skutek moczopędny wody karlsbadzkiej.

4) Hermann (z Karol. Warów). *Leczenie kamicy nerkowej zapomocą gliceryny.*

Od czasu pierwszego ogłoszenia tego sposobu miał mówca znowu 85 przypadków nowych. Z tych w 14 odeszły kamyki i poprawił się stan podmiotowy, w 17 odeszły tylko kamyki bez poprawy w bólach, w 21 nastąpiła ulga w bólach bez odejścia kamyków, w 33 przypadkach podawanie gliceryny było bez skutku. Podaje on duże dawki gliceryny aż do 130 grm. naraz, z dodatkiem Syr. cort. aurant. Gliceryna nie rozpuszcza kamieni, ale naoleja błonę śluzową dróg moczowych i ułatwia w ten sposób odejście kamieni. Złych wpływów nigdy nie widział Hermann (krwio- lub białkomoczu).

Rosenfeld w dyskusyi potwierdza, że gliceryna jest zupełnie nieszkodliwa, a działanie jej dodatnie tłómaczy w ten sposób, że mocz staje się cięższym i lepkim i że przez to wybiera kamyki i piasek z dróg moczowych.

Jaksch ostrzega przed wielkiemi dawkami, ponieważ gliceryna rozpuszcza ciałka krwi, a również może sprowadzić zapalenie nerek.

5) Spitzer (z Karol. Warów). *O powstawaniu kwasu moczowego.*

Horbaczewski otrzymał kwas moczowy z nukleiny miazgi śledziony, oraz z innych narządów, obfitujących w komórki, przez gnicie i następowe utlenienie. W tych doświadczeniach bakteryo

gnilne rozszczepiały i utleniały nukleinę. Mówca usiłował inną drogą, więcej zbliżoną do stosunków w żywym ustroju, zmienić zasady ksantynowe na kwas moczowy. Uzyskał to zapomocą działania wodnych wyciągów świeżej wątroby i śledziony na hipoksantynę i ksantynę przy ostrożnościach przeciwbakteryjnych (woda chloroformowa lub tymol 2%) w ciepłocie 50° C i przy przepuszczeniu prądu powietrza. Z tych doświadczeń wyprowadza wniosek, że w wątrobie i śledzionie znajdują się połączenia, powodujące utlenianie ciał ksantynowych na kwas moczowy. Zdaje się więc, że wątroba i śledziona są głównem siedliskiem powstawania kwasu moczowego, o ile pochodzi on z ciał ksantynowych.

6) Pollatschek (z Karol. Warów) poleca nowy sposób obmacywania wątroby.

7) Goldberg (z Berlina). *O działaniu hidragoginy.*

W ciągu 8 lat, w przeszło 100 przypadkach próbował działania tego leku nasercowego; w skład hidragoginy wchodzą: *tra digit., tra Stroph., scilla* i *oxysaponina* (z *Herniaria glaba*). Podaje co godzinę 10 kropli przez 1—2 dni. Skutek ma być bardzo dobry, ilość moczu dochodzi czasem aż do 10 litrów na dzień. Lek znoszą chorzy rozmaicie, czasami występują nudności. Wówczas trzeba dawkę zmniejszyć lub odstawić lek na kilka dni.

8) Pribram (z Pragi). *Nowe przyczynki do kazuistyki przemijającego białkomoczu u młodzieńców.*

Białkomocz ten wydarza się po wysiłkach fizycznych, występuje nagle i przemija prędko. Mocz ranny nie zawiera nigdy białka. W tych godzinach, w których pojawia się białko w moczu, bywa ciężar właściwy moczu zawsze bardzo wysoki. Obok tego występuje zmętnienie po badaniu kwasu octowego (nie od moczanów, ale od ciał śluzowatych, może nukleoalbuminu?). Białkomocz ten pojawia się u młodzieńców w okresie wzrostu i to wtedy, kiedy szybciej rosną. Równocześnie występują objawy blednicze, zmniejszenie ilości ciałek czerwonych i zawartości hemoglobiny. Skłonność ta do pojawiania się białka w moczu ustępuje, gdy wzrost ciała staje się powolniejszym, lub też pod wpływem leżenia i tuczenia.

Krönig (z Berlina) omawia znaczenie rozpoznawcze nakłócia lędźwiowego, mianowicie z oznak histologicznych i fizykalnych. Można znaleźć w płynie z nakłócia lędźwiowego składniki upostaciowane, które pozwalają rozpoznać sprawę chorobową nawet dawniejszą (włókna nerwowe, kulki myeliny, tłuszczu, kryształki hematoidyny, kulki hemosideryny i t. d.). Z objawów fizykalnych podnosi wahania w tętnieniu płynu. W jednym przypadku, na zasadzie bardzo silnego tętnienia widocznego w rurce manometru, można było rozpoznać tętniak tętnic podstawowych mózgu, a rozbiór zwłok wykazał rzeczywiście rozszerzenie tętniakowe tętnic kręgowych.

10) Sturman (z Berlina). *Leczenie gruźlicy krtani.*

Gruźlicy krtani nie można uważać za gruźlicę miejscową w tem znaczeniu, jak gruźlicę skóry, gruczołów i stawów. Nie jest ona bowiem, pominąwszy nieliczne wyjątki, nigdy chorobą pierwotną i nie ogranicza się na krtań samą. Zabieg chirurgiczny nie daje też dobrych widoków, za to o wiele więcej przedstawia korzyści leczenie ogólne, dyetetyczno-higieniczne, jak w gruźlicy płuc. Ze środków odżywczych najbardziej chwali sanatogen. Odkażająco i kojąco najlepiej działa mentol.

W dyskusyi podnosi Schmidt (z Frankfurtu n. M.), że w zakładzie dla piersiowych w Falkenstein wyniki leczenia krtani są wcale dobre, bo 37%. W pewnych przypadkach oświadcza się za zabiegiem chirurgicznym, powołując się na Heryngа, który w tkance łącznej w bliźnie znalazł otorbione gruzełki.

11) Blumenthal (z Berlina). *Działanie jadu tężcowego.* Ponieważ zastrzykiwanie podskórne surowicy przeciwtężcowej wywiera tak mały skutek, postanowił Blumenthal razem z Jacobem wstrzykiwać surowicę wprost do istoty mózgowej, podług metody Roux i Borrela, lub do rdzenia, zapomocą nakłócia lędźwiowego. Do doświadczeń używali kóz. Przecież żadnej różnicy wybitnej nie zauważyli w porównaniu ze zwierzętami, leczonemi wstrzykiwaniem podskórnem surowicy. Krew jednak i narządy tych zwierząt miały znaczną siłę antytoksyczną, zdaje się więc, że surowica może zobojętniać jad tężcowy, będący w krążeniu, nie jest przecież w stanie uwolnić komórek nerwowych od jadu z niemi związanego.

12) Weisz (z Piszczan) występuje przeciw wyodrębnianiu pojęcia klinicznego: *Arthritis deformans.* Pomiędzy przewlekłym gośćcem stawowym, a tą chorobą, niema właściwie różnicy.

W dyskusyi sprzeciwia się twierdzeniom Weisza Hirsch (z Cieplic czeskich) na zasadzie 35-letniej praktyki. Choroby te należy odróżniać, a to na zasadzie właściwości klinicznych, anatomicznych i terapeutycznych.

13) Friedel Pick (z Pragi) mówił: *O rzekomej marskości wątroby pochodzenia osierdziowego (perikarditische Pseudolebercirrhose).*

Pick podał w r. 1896 powyższą nazwę dla zbioru objawów, cechujących się klinicznie puchliną brzuszną bez obrzęków około kostek, lub z nieznacznymi obrzękami i z ujemnym stanem serca. Dawniej nieraz zbiór ten objawów nazywano marskością wątroby, jeżeli nie zbadano chorego dokładnie. Rozbiór zwłok w tej rzekomej marskości wykazuje zapalenie osierdzia ze zrostami lub z zwapnieniem, zaś zmiana w wątrobie polega tylko na stwardnieniu jej z powodu zastoju z zejściem w postać wątroby zanikowej, tak zwanej muszkatałowej.

Po pracy Picka zjawił się cały szereg prac niemieckich, angielskich, a zwłaszcza włoskich badaczy, którzy zgadzają się na jego wywody, jedynie tylko niektórzy z nich tłómaczą inaczej powstawanie tej rzekomej marskości. Mianowicie winią w tym względzie przewlekło zapalenie otrzewnej. Pick jednak sprzeciwia się temu zapatrywaniu, obstając przy dawniej podanym przez niego związku przyczynowym. Jest to rzecz ważna, ponieważ w takich przypadkach można oczekiwać dobrych wyników tylko po środkach nasercowych i moczopędnych, a nie po leczeniu, stosowanem zazwyczaj w marskości wątroby.

IX. Sprawozdanie z berlińskiego Kongresu niemieckich ginekologów, odbytego w dniu 24—27 maja 1899 roku.

Ułożył

Dr. Włodzimierz Sieminowicz.

(Dokończenie).

Posiedzenie popołudniowe dnia 26 maja.

Rosthorn. Jednym z większych niebezpieczeństw, na jakie rodząca jest narażoną, jest zakażenie tężcowe. Od kilku lat grasuje ta choroba w Pradze; w ostatniem półroczu miał R. na niemieckiej klinice 3 przypadki, na czeskiej było ich ze 20. R. próbował różnych sposobów leczenia, ale wszystko bez skutku. Zaraz po pierwszym przypadku wstrzymał R. przyjmowanie nowych ciężarnych na parę tygodni, zakazał wogóle badania wewnętrznego i przeprowadził gruntowne odkażenie. Badania pyłu z podłogi, z łóżek itp. nie wykryły prątka tężcowego. Odkażenie całego zakładu glikoformolem pozostało bez skutku; dopiero gdy wszystko: łóżka, ściany, podłogę i t. d. nanowo obmyto i wylakierowano, dalsze przypadki ustały; widać z tego, że ten stary sposób najlepiej zapobiega dalszemu rozprzestrzenianiu się tężca. Tężec jest jeszcze i dlatego bardzo niebezpieczny, że okres wylęgania jest długi (8 dni), więc zanim się odkryje pierwszy przypadek, może się przez ten czas wiele innych chorych zarazić. Przeciwnie, okres wylęgania w zakażeniu paciorkowcem trwa tylko 3 dni, więc stosunkowo prędko można zapobiedz rozszerzaniu się tego zakażenia.

Olshausen zaznaczył, że trafiają się epidemie tężca nietylko przy połogach, ale też przy chirurgicznych przypadkach, jak owariatomia i t. d. O. przytacza z dawniejszych czasów epidemię tężca porodowego, panującą w Gdańsku, w której źródłem zarazy były, jak się zdaje, ciepłomierze, nabywane przez pewną położną w jednym ze składów.

Flatau (z Würzburga) miał też dwa przypadki tężca po porodach przedwczesnych, wywołanych świeczkami, pochodzącemi z jednej i tej samej apteki. Na skonfiskowanych pozostałych świeczkach nie wykazało wprawdzie badanie bakteryologiczne prątków tężca, ale od tego czasu dalsze zakażenia już się nie zdarzyły.

Dalszy ciąg posiedzenia poświęcony był rozprawom nad zagadnieniem, *jak daleko sięga szyjka maciczna?* Pytanie to dotychczas nie jest rozstrzygnięte. Różni autorowie różnie określają granicę szyjki macicznej. Jedni określają długość szyjki macicznej pewną liczbą centymetrów, inni mówią, że szyjka maciczna sięga tak daleko, jak daleko rozciąga się błona śluzowa szyjki o znamiennej budowie, a kończy się tam, gdzie się zaczyna błona śluzowa jamy macicy, posiadająca budowę odmienną. Wiadomo jednak, że granica między obiema rodzajami błony śluzowej może się zatrzeć u tych kobiet, które rodziły. W początku ciąży sięga szyjka wyżej, aniżeli charakterystyczna błona śluzowa. U kobiet ciężarnych okolica, odpowiadająca pierścieniowi skurczowemu, pokryta jest jeszcze przez właściwe *endometrium.* U zapłodnionych więc nie dosięga błona śluzowa szyjki ujścia wewnętrznego macicy (o ile ujściem wewnętrznem nazwie się okolicę, odpowiadającą pierścieniowi skurczowemu).

Küstner sądzi, że nie utkanie błony śluzowej powinno rozstrzygać o granicy między szyjką a trzonem macicy, ale grubość

mięśnia macicy. Szyjka macicy sięga do tego miejsca, gdzie macica zaczyna się rozszerzać, a ściana jej staje się grubszą. Przyczyna, dla której u ciężarnych w szyjce macicznej znajdujemy w okolicy pierścienia skurczowego już właściwe *endometrium*, jest ta, że zewnętrzne warstwy mięśnia macicy ściągają się, a *endometrium* nie i przez to schodzi ono niżej.

Schatz: Sprawa szyjki macicznej ma się tak, jak to Schulz podaje w swoich najnowszych tablicach anatomicznych. Nie rozróżnia on wcale ujścia wewnętrznego macicy.

Gotschalk: Za granicę między ciałem a szyjką macicy należy uważać granicę błony śluzowej szyjki i błony śluzowej trzonu ze względu na ich odrębną budowę histologiczną. Jeżeli właściwe *endometrium* schodzi niżej anatomicznej granicy szyjki, to są to przypadki wyjątkowe, które należy uważać za pewnego rodzaju przeszczepienie błony śluzowej trzonu na szyjkę macicy. Po dokładniejszem wyjaśnieniu Küstner przyznał, że zgadza się właściwie z zapatrywaniami Schatza, a do ich zdania przyłączył się w zasadzie A. Freund.

Ostatni zabierał głos na posiedzeniu popołudniowem Winternitz: w sprawie *wydalania popłodu*. Po ogłoszeniu sposobu Credégo w r. 1861 weszło w zwyczaj nie czekać na popłód, lecz zaraz go wygniatać. Szablonowe takie postępowanie okazało się błędnem i obecnie w Niemczech powszechnie czeka się na dobrowolne oddzielenie się łożyska pół godziny, zanim się pomyśli o zabiegu Credégo, podobnie postępują w Anglii. Ahlfeld radzi czekać 1½ godziny, potem jeszcze wypuścić mocz cewnikiem, a gdy i to nie pomoże, dopiero przystąpić do wygniatania. We Francyi wygniatają popłód, jak tylko ukaże się w pochwie, ztąd też tam rodzi się on w 80% przypadków powierzchnią płodową. Obecnie bierze górę zapatrywanie, żeby na popłód czekać po prawidłowym porodzie 2 godziny, ale nie dłużej, z obawy zakażenia. W. podaje, że nieraz czekał po prawidłowym porodzie i 13 godzin bez złych następstw dla położnicy, a raz nawet 14 dni, ponieważ nie było żadnego wskazania do sztucznego natychmiastowego wydalenia popłodu; w przypadku tym również żadnych złych następstw nie było, pomimo, że w końcu musiał łożysko wydobyć kawałkami. Należy wyznać, że w prawidłowych przypadkach nie niebezpieczeństwo zakażenia łożyska, gdy nie ma wskazania do natychmiastowego wydalenia popłodu, nagli nas do rychłego ukończenia porodu, ale własny interes, szkoda straty czasu, bez względu na to, że w ten sposób położnica może ponieść szkodę. A jednak zadaniem tak lekarza, jak akuszerki, jest tak długo pozostać przy położnicy, jak długo jej dobro i potrzeba tego wymaga. W. zaleca więc, gdy niema szczególnego wskazania, nie wydostawać łożyska sztucznym sposobem, ale zostawić to zupełnie naturze.

Posiedzenie przedpołudniowe dnia 27 maja.

Martin: *Wyłyżeczkowanie macicy*. M. nie zaleca uciekać się do tego sposobu leczenia chorób macicy bez dostatecznej przyczyny, a to z tego powodu, że po wyłyżeczkowaniu może nastąpić zakrzep, zakażenie, ogólna posocznica, a nawet śmierć. Przy krwawieniu macicy nie należy uciekać się natychmiast do wyłyżeczkowania, ale rozważyć dobrze przyczyny krwotoku i dopiero wtedy, gdy innym sposobem nie da się on usunąć. Gdy szyjka macicy jest dostatecznie szeroka i łyżeczkę swobodnie przepuszcza, nie potrzeba uciekać się do rozszerzania szyjki, w przeciwnym razie należy ją rozszerzyć. Łyżeczkowanie macicy powinno się wykonywać w uśpieniu, już chociażby z tej przyczyny, że w uśpieniu można zbadać dokładniej chorą i że zarówno młodsi lekarze, jak i chora sama, łatwiej zdecydują się na ten sposób leczenia, jeżeli uśpienie będzie zalecane przez starszych lekarzy, jako konieczny warunek.

Küstner: *Jak długo położnica powinna po porodzie pozostać w łóżku?* Gdy poród był nieprawidłowy, wystąpiła gorączka połogowa, ciężka utrata krwi lub wogóle jakiekolwiek powikłanie, należy oczywiście położnicę pozostawić w łóżku przez czas dłuższy. Po porodzie prawidłowym należy, zdaniem K„ położnicę trzymać w łóżku, jak najkrócej. Powody przytaczane przez zwolenników dłuższego leżenia położnic, są następujące: obawa, że macica niedokładnie się zwinie *(subinvolutio)*, zapobiegnie się rozstępowi mm. prostych brzucha, obawa przed zakażeniem, obawa przed tyłozgięciem macicy, a w końcu przed wypadnięciem macicy. Za główną przyczynę zwijania się macicy uważa K. zwężenie się naczyń krwionośnych w miąższu macicy. Na podstawie licznych badań na pierwiastkach doszedł K. do wniosku, że jeżeli położnica po porodzie leży, to macica więcej się opuszcza na dół, aniżeli, jeżeli położnica chodzi lub stoi. Spostrzeżenia te przemawiają przeciwko leżeniu położnic w łóżku i mylnemu twierdzeniu, że wstawanie wnet po porodzie może doprowadzić do wypadnięcia macicy. Co się zresztą tyczy odchylenia macicy, to do tego przyczynia się więcej pełny pęcherz i pełna odbytnica, aniżeli położenie ciała. Za wstawaniem wnet po porodzie przemawia jeszcze i to, że macica u stojącej położnicy silniej jest nachyloną naprzód, aniżeli u leżącej. Zwijanie się macicy raźniej postępuje u kobiet, wstających wcześnie po porodzie, ponieważ chodzenie i ruch ułatwiają, jak się K. przekonał, krążenie w naczyniach krwionośnych i chłonnych. U wcześnie wstających położnic apetyt się polepsza, pęcherz i odbytnica wypełniają regularniej swe czynności, dlatego u tych położnic K. nigdy nie potrzebował uciekać się do cewnikowania lub środków przeczyszczających. Co się tyczy osłabienia serca, to Küstner zaręcza, że przy swoim sposobie postępowania nigdy nie zauważył jakichkolwiek ujemnych skutków; nie zauważył też rozstępu mięśni prostych, przeciwnie, mięśnie brzuszne wracały szybko do prawidłowego napięcia; w końcu odchody połogowe o wiele prędzej ustają, i przez to samo usuwa się niebezpieczeństwo zakażenia z zewnątrz; zresztą n. p. gonokoki łatwiej dostać się mogą do wnętrza macicy, gdy położnica leży, aniżeli gdy stoi lub chodzi. Pozwalając położnicom prędko wstawać z łóżka, zauważył K., że one szybciej odzyskiwały siły od tych, które dłużej leżały w łóżku. Trafiało się, że położnica, opuszczając klinikę po 10 dniach leżenia w łóżku, nieraz nie mogła unieść swego dziecka, gdy przeciwnie te, które leżały krótki czas, bez najmniejszego wysiłku zabierały z sobą niemowlęta. Zdrowe położnice po prawidłowym porodzie trzyma K. w łóżku tylko 2 dni; na trzeci dzień pozwala im wstawać z łóżka na krótki czas, na 4 dzień dłużej, a w 5 dniu wstają zupełnie i pozostają na klinice pod nadzorem do 10 lub 11 dnia, poczem odchodzą do domu.

Olshausen jak najgoręcej przestrzega przed wstępowaniem w ślady Küstnera. Wstanie położnicy na 5 dzień, kiedy zwiotczałe więzadła maciczne nie miały jeszcze czasu się ściągnąć, musi wywołać zboczenia w położeniu ciężkiej macicy, jeżeli już nie wywoła wprost jej wypadnięcia. O. nie zgadza się też i z tem, żeby rychłe wstanie położnicy nie miało sprowadzać rozstępu mięśni prostych i opadnięcia jelit, przeciwnie, zmiany te muszą w takim przypadku nastąpić z powodu gnuśności mięśni brzusznych. Również przy krótszem leżeniu łatwiej następuje zakażenie, łatwiej tworzą się także rozszerzenia żył. Na klinikach dla tego tylko, wyniki są dobre, że położnice z klas uboższych mogą dłużej leżeć niżby mogły w domu. U jednej położnicy zwijanie się macicy następuje prędzej, u innej wolniej, dlatego należy przypadki indywidualizować. Po pęknięciu międzykrocza należy położnice zatrzymywać w łóżku ponad zwykłą miarę, inaczej nastąpi opadnięcie macicy.

Wild zaznacza, że pozwalając położnicy wstawać zawcześnie, można ją narazić na wystąpienie zakrzepu w żyłach, i uważa 10 dni leżenia w łóżku po porodzie za najkrótszy czas dozwolony.

Küstner w odpowiedzi utrzymuje, że został źle zrozumianym; w wykładzie swoim pragnął on tylko zaprotestować przeciwko temu, że obecnie bez wyjątku trzyma się położnice po porodzie za długo w łóżku. Odpierając czynione sobie zarzuty, powołuje się K. na poprzednie swoje wywody: nadto dodaje, że więzadła szerokie narażone są na większe napięcie u kobiety leżącej, niż u stojącej, bo u leżącej macica bardziej w tył jest pochyloną i niżej opuszczoną, niż u stojącej. Zakrzepu w żyłach nigdy Küstner po wczesnem wstaniu położnicy nie zauważył; serce osłabione łatwiej daje sobie radę w krążeniu w żyłach, gdy ma pomoc w ruchu mięśni, aniżeli, gdy chora bez końca leży spokojnie w łóżku. Zresztą czyściejsze powietrze, jakiem położnica oddycha po wstaniu z łóżka, przyczynia się także do szybszego powrotu sił.

X. Korespondencye.

Suez, 30 sierpnia.

Zdawałoby się, że środkami, którymi rozporządza „Rada sanitarna, morska i kwarantanowa" w Aleksandryi, może ona w zupełności zapobiedz zawleczeniu chorób zakaźnych do Egiptu. A jednak obecnie musimy się liczyć z faktem, że mimo tych energicznych środków, dżuma w Aleksandryi, acz słabo, panuje. Nie jest ona wprawdzie epidemiczną, ale bądź co bądź co kilka dni wyrywa po jednej lub kilka ofiar z pośród mieszkańców Aleksandryi. Zkąd się wzięła w Aleksandryi i jaką drogą tam się dostała, dotychczas nie wiadomo. Komisya, wyznaczona z łona samej Rady w celu wyśledzenia początków zarazy, dotychczas jeszcze nie doszła do żadnych wniosków dodatnich. Tyle tylko jest wiadomem, że pierwszemi jej ofiarami byli ludzie zajęci w handlu towarów kolonialnych. Łatwo zatem być może, że zarazek dostał się

z towarami jakiegoś portu dotkniętego dżumą, np. Bombayu, Kalkuty, Karachi (obecnie istnieje dżuma nadto w Hongkong, Bassorah, Port Louis, Oporto i Lizbonie). Pierwszy przypadek zaszedł dnia 2 maja o czem 17-go tegoż miesiąca publicznie ogłoszono.

Dotychczas było 88 przypadków, z tych 58 u tubylców, a 30 u europejczyków. Z europejczyków najwięcej ulega Greków bo 27, — Francuzów 2 i jeden Włoch. Umarło 42, wyzdrowiało 42 — w leczeniu pozostaje jeszcze 4. Ostatni przypadek zaszedł 24 sierpnia; odsetkowo zatem śmiertelność wynosi 47·7%.

Przeważnie wszystkie przypadki są postaci gruczołowej, a więc łagodniejszej; — ale spostrzegano także kilka przypadków pierwotnej postaci płucnej. Odznaczają się wysoką gorączką, upadkiem sił i bredzeniem. Leczenie ogranicza się do nacięcia zropiałych gruczołów, zresztą podaje się środki wzmacniające.

Środki sanitarne, zmierzające do wytępienia zarazy są następujące: 1) Odosabnianie chorych w dwóch szpitalach, tj. rządowym i greckim. Wybudowano też szpital po za miastem wyłącznie dla zadżumionych, ale go jeszcze dotychczas nie zajęto z powodu małej liczby zachorowań w ostatnim czasie. 2) Odosobnianie osób, które pozostały w styczności z chorymi. 3) Odkażanie domów, gdzie chorzy mieszkali i sprzętów, których używali. Istnieje osobna służba, która zaraz po przewiezieniu chorego do szpitala i odosobnieniu osób pozostających w zetknieniu z chorymi, przybywa umyślnie na ten cel sporządzonymi wozami i zajmuje się odkażeniem 4) Ponieważ wiadomą jest rzeczą, że szczury mogą się łatwo przyczynić do rozszerzenia zarazy, — zarządzono energiczne tępienie szczurów. 5) Pouczanie ludności zapomocą pism popularnych, jak się ma zachować wobec zarazy. 6) Wizyty lekarskie po mieście. W tym celu podzielono miasto na 20 okręgów, a nad każdym takim okręgiem czuwa wyłącznie i jedynie do tego celu przeznaczony lekarz. Lekarz taki chodzi od domu do domu, od mieszkania do mieszkania i bada ściśle, czy gdzie niema chorych.

Jak już z początku powiedziałem, dżuma w Aleksandryi jest łagodna a przypadki tylko sporadyczne. Urzędowe biuletyny, rozlepiane po ulicach, stwierdzają obecnie zaledwie co kilka dni po jednym przypadku i może być, że się ją uda przytłumić. Wszelako zachodzi obawa, że choćby to się na teraz udało, — w miesiącach zimniejszych wystąpi powtórnie.

W końcu winienem zaznaczyć, że dżuma istnieje tylko w Aleksandryi; o przypadkach tej choroby w Suezie, Izmaili, Port Saidzie, Kairze, o czem w naszych dziennikach czytałem, nic tu nie wiadomo. *Dr. Józef Batko.*

XI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

PROTOKÓŁ

z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej z dnia 16-go września 1899 r.

Obecni: Przewodniczący Prezydent: Dr. Józef Łazarski, — Dr. Stanisław Ponikło, Dr. Józef Walczyński, Dr. Wincenty Świątek.

I. Odczytano, przyjęto i podpisano protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Odnośnie do konkursu, ogłoszonego w numerze 37 *Przeglądu lekarskiego* z dnia 16 września b. r. na dwie posady lekarzy kolejowych, na mającej się otworzyć linii „Chabówka-Zakopane“, wydał Wydział Izby lek. zach. gal. następujące orzeczenie:

Wyznaczenie lekarzowi kolejowemu, który ma bezpłatnie leczyć członków Kasy chorych, ich żony i dzieci do 18 roku życia, jakoteż wykonywać inne czynności lekarskie. bliżej określone dotyczącymi przepisami „na przestrzeni 29 klm. (Chabówka-Szaflary), względnie 14·5 klm. (Zakopane-Szaflary) — ryczałtowego rocznego honoraryum w kwocie 180, względnie 100 złr. rocznie. żądanie nadto wykazania się dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym“, — jakakolwiekby zresztą była rozległość agend pełnionych, — czyni wprost ujmę godności stanu lekarskiego, zwłaszcza, że nie można w danym przypadku żadną miarą dopatrzeć się potrzeby oceniania warunków konkursu ze stanowiska humanitarnego.

Również zastanawiał się Wydział Izby lek. nad tem, dlaczego w dziennikach politycznych nie pomieszczono chociażby w największem skróceniu warunków konkursu, lecz widocznie postarano się o pomieszczenie w kronikach ogłoszenia, „że konkurs na dwie posady lekarzy kolejowych ogłoszony będzie w *Przeglądzie lekarskim*, — co jest postępowaniem niezwykłem.

Po obszernej nad tą sprawą dyskusyi uchwalił Wydział zakomunikować powyższą uchwałę wszystkim lekarzom powiatu nowotarskiego, a nadto odnieść się bezzwłocznie w tej sprawie do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie.

III. Przyjęto do wiadomości uchwałę Trybunału administracyjnego w sprawie zażalenia przeciw wyborom Izby lekarskiej w Wiedniu, intymowaną tut. Izbie w odpisie przez biuro Izby lek. wiedeńskiej.

IV. Przyjęto do wiadomości drukowane memorandum Izby lwowskiej w sprawie zmiany ustawy o Izbach

V. Przyjęto do wiadomości odpis przedstawienia Izby lek. morawskiej do c. k. Sądu kraj. w Pradze w sprawie nizkiego honoraryum atestów sądowych.

VI. Uwolniono od opłaty wkładki za rok 1899 trzech lekarzy, a jednemu udzielono zwłokę w uiszczeniu.

VII. Dr. M. E. z T. uchwalono zaczekać z zapłatą dłużnej kwoty do stycznia 1900 r.

VIII. Prośbie p. A. G. z Cz. o udzielenie zapomogi odmówiono.

IX. Pani E. S. z T. udzielono tytułem zapomogi kwotę 25 złr.

X. W sprawie udziału w wiecu Izb lek. austr., odbyć się mającym w Baden dnia 13 i 14 października b. r., — wybrał Wydział Izby delegatem Prezydenta Izby, a w razie niemożności z jego strony brania udziału, — wybrał Wiceprezydenta.

Na tem posiedzenie zakończono.

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 września.

† Dr. Michał Borysikiewicz, profesor okulistyki w Gradcu styryjskim, zakończył tam życie d. 18 b. m. Zmarły urodził się r. 1843 w Białobożnicy (pow. czortkowski); Wydział lekarski ukończył w Wiedniu, gdzie wkrótce otrzymał posadę asystenta w klinice okulistycznej prof. Stellwaga. Następnie mianowany został profesorem okulistyki w Gradcu, i pozostał na tem stanowisku do końca życia, używając zasłużonej w świecie sławy, jako znakomity uczony i głośny specyalista. Napisał kilka rozpraw po niemiecku.

† Dr. Karol Störk, profesor laryngologii, zmarł w Wiedniu w 67 r. życia. Urodził się w Budapeszcie r. 1832; habilitował się w Uniw. wiedeńskim r. 1867, prof. nadzwyczajnym mianowany został w r. 1875, a zwyczajnym w 1894. Uczeń Türcka, położył zmarły wybitne zasługi w granicach swej specyalności, zwłaszcza w zakresie terapii chorób krtani. Operował wiele i przyczynił się znacznie do zastósowania chirurgicznego leczenia w chorobach krtani. Do końca życia wzbogacał piśmiennictwo swojem doświadczeniem i wiedzą. Ważniejszych prac, należących do dziedziny laryngologii, wydał 11. Liczny zastęp dzisiejszych laryngologów różnych narodów zawdzięcza Störkowi swoje wykształcenie specyalne.

* W N. ostatnim i dzisiejszym »Przeglądu lek.« ogłosiliśmy nadesłany nam przez c. k. dyrekcyę państw. kolei żelaznych konkurs na 2 posady lekarzy kolejowych z siedzibą w Nowym Targu i Zakopanem. Zamierzaliśmy osądzić warunki tego konkursu, które przedstawiły się nam, jako bezprzykładne naigrawanie się ze stanu lekarskiego. Przekonawszy się jednak z dziś nam nadesłanego protokołu Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej, że na posiedzeniu d. 16 b. m. sprawa ta była roztrząsaną przez Wydział Izby i że Wydział powziął uchwałę, na postulaty której bezwzględnie i całkowicie się zgadzamy, poprzestajemy na zwróceniu uwagi czytelników naszych na rzeczony protokół, ciesząc się, że zasadniczą tą sprawą zajęła się do tego powołana, a tak poważna instytucya lekarska.

Jak w stosunku lekarzy do społeczeństwa istnieje pewne *minimum* wynagrodzenia, poniżej którego nie schodzi człowiek okrzesany, a odrzuca go szanujący swą godność lekarz, tak i jednostki zbiorowe, instytucye, rozpisując konkurs, niepowinne przekraczać pewnego mimum bez ubliżenia sobie i boleśnego dotknięcia konkurujących. Można w imię wyższych haseł etycznych żądać od lekarza pomocy bezinteresownej, lecz nie wolno obniżać wartości jego pracy niestósownem wynagrodzeniem.

Warunki konkursu, o którym piszemy, ubliżają moralnie i krzywdzą materyalnie stan lekarski i z tego stanowiska są absolutnie n i e p r z y j m o w a l n e.

* Jak powszechnie wiadomo, Lombroso utrzymuje, że geniusz jest tylko objawem obłędu częściowego (monomanii) i już nie jeden wielki duch ludzki podciągnął on pod strychulec tej teoryi. Najświeższą ofiarę wypatrzył sobie Lombroso w Krzysztofie Kolumbie, którego żywot, gwoli swemu twierdzeniu, poddał analizie i doszedł do wniosku, że Kolumb był paranoikiem. Nie mieni go wprawdzie pospolitym waryatem, gdyż monomania była dla Kolumba rodzajem zaczynu umysłowego, który mu zastąpił brak inteligencyi i nauki; lecz czyż mógłby zdrowy na umyśle człowiek, pyta Lombroso, puszczać się na bezbrzeżny ocean — tak, bez wszelkiej świadomości przeszkód i niebezpieczeństw tej podróży? Podobizny Kolumba wprawdzie nie pozostało, powiada Lombroso, a jednak zalicza do cielesnych oznak obłędu wielkiego i szczęśliwego podróżnika jego skośne czoło, szeroką żuchwę, a nawet wczesne osiwienie; zwyrodniałym wrzekomo miał być Kolumb i dla tego, że w rękopisie pozostawionym wyłowiono kilka błędów gramatycznych, że zdradził słabą wiedzę geografii, że nie wspomniał o Toscanellim, uczonym geografie, który pierwszy nasunął mu myśl poszukiwania lądu Indyi wschodnich; w żartobliwie przekręconem przez Kolumba nazwisku własnem dopatrzył Lombroso obłędu wielkości itd. itd. Sylwetka Kolumba, jako paranoika, należy do najmniej udatnych z galeryi, mającej ilustrować teoryę Lombrosa o geniuszu ludzkim; jeśli Krzysztof Kolumb nie będzie już ostatnim w tej galeryi to chyba przyjdzie się w końcu uwierzyć, że Lombroso jest sam także..... geniuszem.

* Według Maischa w Ameryce fałszują naparstnicę liśćmi psianki czarnej i ziemniaka (*solanum nigrum et tuberosum*). W celu sprawdzenia, doradza Maisch gotować podejrzane liście naparstnicy z półtorachlorkiem żelaza lub ługiem potasowym: jeśli po zagotowaniu z półtorachlorkiem żelaza liść badany przybierze barwę zieloną, a z ługiem potasowym — żółtozłotą, to świadczyć ma, że badany lek jest prawdziwy; barwa zaś sina dowodzi zafałszowania.

* Wydział krajowy zamianował dr. M. Łopacińskiego sekundaryuszem I klasy, a dr. D. S t e r n b a c h a — sekundaryuszem II klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

* Do petersburgskiego Instytutu lekarskiego dla kobiet przyjęto w bieżącym roku na kurs pierwszy 225 słuchaczek.

(G.) Izby lekarskie zaczynają powoli zyskiwać uznanie i należną powagę ze strony swych członków, a przez to i reszty społeczeństwa. Za dowód wystarczy przytoczyć, że na posiedzeniu Izby dolnoaustryackiej z wyłączeniem Wiednia odczytano kontrakt pewnej Kasy chorych z dwoma lekarzami zupełnie już gotowy, lecz lekarze ci położyli jako warunek tego kontraktu, by go Izba zatwierdziła. Inny znowu lekarz donosi tejże Izbie, że ogłoszone w dziennikach dla niego podziękowanie, nastąpiło bez jego wiedzy. Inny lekarz, otwierając zakład leczniczy prywatny, prosi Izbę o wysłanie na uroczyste otwarcie swego reprezentanta.

(G.) W Salzburgu prowadzi pewien Hans Dauner na wielką skalę partactwo lekarskie. Tamtejsza Izba lek. wniosła z tego powodu do Namiestnictwa odpowiednie przedstawienie, które jednak pozostało bez skutku, gdyż prokuratorya, której Namiestnictwo sprawę tę oddało, nie znalazła (?) podstawy prawnej do wkroczenia. Ponieważ Izba wniosła swe przedstawienie do Władzy politycznej, nie zaś do prokuratoryi, przeto przeciw temu ujemnemu orzeczeniu wniosła rodzaj rekursu do wyższej instancyi, t. j. do Ministerstwa spraw wewn. i to — według §. 3. Ustawy — na ręce swej władzy przełożonej, t. j. rządu kraj. Ten jednakże zwrócił rekurs Izbie, motywując ten zwrot tem, że ponieważ kroki poczynione przez rząd nie osiągnęły celu, bo prokuratorya nie znalazła podstawy prawnej do wkroczenia, przeto i przedłożenie tej sprawy Ministerstwu uważa za zbyteczne. Otóż Izba Salzburgska widzi w tem ukrócenie swego prawa (§. 3.) wnoszenia w drodze swej władzy przełożonej podań do Wys. Rządu i wystosowała w tej sprawie memoryał, który wniosła bezpośrednio do Ministerstwa spraw wewn. (*Ärztliche Vereinszeitung* Nr. 18 z r. 1899).

(G.) Jeszcze w Czerwcu b. r. donieśliśmy, że Najwyższy trybunał orzekł nieodwołalnie, że lekarze, nieposiadający prawa wyboru w gminie, tem samem nie mają prawa wyboru do Izby lekarskiej. Ponieważ ostatnie wybory do wiedeńskiej Izby lek. odbyły się wbrew tej zasadzie tak, że 405 lekarzy nieuprawnionych brało jednak czynny udział w wyborze, przeto pismem z 24 z. m. Namiestnictwo uznało wybory te za nieważne, nakazało rozpisanie nowych wyborów, oczywiście z wykluczeniem od prawa wyborów owych 405 lekarzy, wreszcie poleciło dotychczasowej Izbie tymczasowe pełnienie czynności Izby. — Przeciw temu orzeczeniu służy rekurs w ciągu 4 tygodni.

Mianowania i odznaczenia: Laryngolog, dr. R o s e n b e r g A., otrzymał tytuł profesora w Berlinie. Dr. W a c e C a r l i e r mianowany został prof. fizyologii w Edymburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. S t a n i s ł a w T r u s z k o w s k i, lat 39, w Petersburgu. Dr. T a d e u s z N i e m c z y n o w s k i, sekundaryusz szpitala lwowskiego, wykształcony i zdolny chirurg, zmarł w 30 r. życia w Zakopanem. Dr. K a z i m i e r z S z w y k o w s k i, weteran z wojny o niepodległość w r. 1831, urodzony w Wilnie r. 1814, zakończył życie w Paryżu 13 b. m.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 17: Dr. M i k l a s z e w s k i e g o W.: Poglądy współczesne na istotę choroby Addisona z powodu przypadku tej choroby. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 37: W r ó b l e w s k i e g o W ł.: Ostry ropotok jamy szczękowej. P e c h k r a n z a S.: Samoistne cierpienia serca (c. d.). Dr. F a j e r s z t a j n a I.: Polymyositis primaria (c. d.). W *Medycynie* Nr. 37: F u n k a I.: O leczeniu radykalnem wilka zwyczajnego rozsianego zapomocą pędzlowań czystym gwajakolem. K o s s o b u d z k i e g o S z.: Rzadsze przypadki z praktyki szpitalnej. S a c h s a F.: 14 przypadków dławca błoniczego, leczonych zapomocą intubacyi (c. d.). S a c e w i c z a K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. K r z y s z t a ł o w i c z F r.: Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum. (Odbitka z *Monatshefte f. Pract. Dermatol.* 1899).

— Dr. P o l i k i e r B.: Przypadek tężca noworodków, zakończony wyzdrowieniem. (Odbitka z *Kroniki lekar.* 1899).

— T e n ż e: Kilka słów o warunkach, utrudniających rozwój medycyny. (Odbitka z *Kroniki lek.* 1899).

— Dr. S c h ö n g u t S.: Ein operativgeheilter Fall von Hirnsinusthrombose otitischen Ursprungs. (Odbitka z *Wien. med. Wochenschrift*, Nr. 33, 1899).

— Dr. S o n n e n b e r g: Tajemnica lekarska, jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne. (Odbitka z *Czasopisma lekarskiego*, Łódź, 1899).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

C. k. Ministerstwo spraw wewn. w Wiedniu.

2638 / M. J.

ROZPISANIE KONKURSU.

Przy c. k. Zakładzie powszechnym do badania środków spożywczych i wskazanych w ustawie z dnia 16 stycznia 1896, Dz. pr. p. Nr. 89 ex 1897 przedmiotów użytku w Krakowie, będzie obsadzona posada nadinspektora VII. klasy rangi z systemizowanymi dla tejże klasy rangi poborami (pobór początkowy 2.400 zł., dodatek aktywalny 420 zł.).

Podania o udzielenie tej posady należy wnosić do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych najdalej do dnia 30 listopada 1899 r.; kompetenci, którzy już pozostają w c. k. służbie państwowej, lub też w spólnej c. i k. służbie państwowej, winni wnosić swe podania w przepisanej drodze służbowej.

Do podań należy dołączyć:

1) Metrykę urodzenia;

2) Dowód zupełnej znajomości języków niemieckiego i polskiego, a to także w kierunku fachowo-naukowym. Kompetenci, którzy obok innych wymogów udowodnią również znajomość języków ruskiego i rumuńskiego, względnie jednego z tychże języków, będą mieli pierwszeństwo;

3) Dowód naukowego wykształcenia uniwersyteckiego a szczególnie wyższego wykształcenia w naukach przyrodniczych.

4) Dowód gruntownego wykształcenia w chemii, szczególnie w chemii analitycznej, uzupełniony wykazem specyalnego wykształcenia w botanice, mikroskopii, bakteryologii i hygienie, jak również załącznikami w razie gdyby petent pracował w urzędzie nauczycielskim, albo w dziedzinie badania środków spożywczych.

Kompetenci, którzy nie są stałymi urzędnikami w c. k. służbie państwowej, winni prócz tego udowodnić swe prawo obywatelstwa w państwie austryackiem, kompetenci zaś, nie pozostający w c. k. ani też w c. i k. służbie państwowej, dostarczyć urzędowe świadectwo moralności i świadectwo zdrowia, wystawione przez rządowego lekarza. 178

Na posadę lekarzy c. k. kolei państwowych na otworzyć się mającej linii Chabówka-Zakopane z siedzibą w *Nowym Targu* i w *Zakopanem* ogłasza się niniejszem konkurs.

Do okręgu lekarskiego w Nowym Targu przydzielona będzie przestrzeń od kilometra 0·0 do kilometra 29·0 wraz z budkami strażniczemi na tej przestrzeni się znajdującemi i ze stacyami: Raba wyżna, Sieniawa, Lasek, Nowy Targ i Szaflary.

Okręg lekarski w Zakopanem obejmować będzie przestrzeń od kilometra 29·0 do kilometra 43·560 również z budkami strażniczemi tamże się znajdującemi i ze stacyami: Biały Dunajec, Poronin i Zakopane.

Do obowiązku lekarza kolejowego należy w pierwszym rzędzie bezpłatne leczenie członków kasy chorych, ich żon i dzieci do 18 roku życia, na przydzielonej przestrzeni się znajdujących, jakoteż wykonywanie innych czynności lekarskich, dotyczącemi przepisami bliżej określonych.

Z posadą lekarza kolejowego w Nowym Targu połączone jest honoraryum w kwocie 180 złr. w. a. — w Zakopanem w kwocie 100 złr. rocznie. 174

O posady powyższe ubiegać się mogą doktorowie wszech nauk lekarskich, którzy się wykażą dłuższą praktyką szpitalną, osobliwie na oddziale położniczym i chirurgicznym. Podania należycie udokumentowane i znaczkiem stemplowym na 50 ct. zaopatrzone wnosić należy najdalej do 25 września b. r. do c. k. Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie (oddział I), gdzie też i bliższych informacyj zasięgnąć można.

Posady powyższe obsadzone będą od 1 października 1899 roku.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II-go asystenta przy katedrze położnictwa i ginekologii w uniw. lwowskim na lat dwa, począwszy od 1 października b. r., z roczną płacą 700 złr. i bezpłatnem mieszkaniem w klinice położniczo-ginekologicznej. Ubiegać się mogą o tę posadę Panowie doktorzy wszech nauk lekarskich.

Podania należy wnosić do dziekanatu Wydziału lekarskiego we Lwowie do dnia 5 października b. r.

Lwów, d. 12 września 1899.

Gluziński
t. c. dziekan wydz. lek. Uniw. lwow.

Na dwie posady lekarzy okręgowych, a mianowicie dla okręgu sanitarnego *Lubieńskiego*, tudzież dla okręgu sanitarnego *Dąbrowickiego*. — Dla lekarza okręgowego w Lubieniu wielkim wyznaczoną została płaca roczna 500 złr. i ryczałt roczny na koszta podróży służbowych w kwocie 300 złr., zaś dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy płaca w kwocie 600 złr. i ryczałt w kwocie 400 złr. Podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku, najpóźniej do dnia 30 września 1899.

Rada powiatowa w *Śniatynie* rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w *Rożnowie*. Płaca roczna wynosi 700 złr., ryczałt na objazdy 300 złr. Lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej. Posada nadaną będzie na razie prowizorycznie na rok jeden.

Termin do wnoszenia podań do 15 października b. r.

Niniejszem zawiadamiam Szan. Pp. Kolegów, iż dnia 4-go września b. r. złożyłem ostatecznie kierownictwo lekarskie Hotelu-Pensyonatu i Zakładu wodoleczniczego „Klemensówka" w Zakopanem. Zarazem proszę tych Pp. Kolegów, którzy mieli lub mają zamiar swych chorych do Zakopanego pod moją opiekę przysyłać, aby tychże wprost do mnie zwracać raczyli: mam bowiem w Zakopanem kilka innych domów do rozporządzenia, w których rady i wskazówki ordynujących, względnie kierujących lekarzy w całości i z ochotą wykonane zostaną.

Zakopane, dnia 7 września 1899.

Dr. Wincenty Tyszkiewicz.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego